

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS: *BURNOUT*,  
SOBRECARGA E QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA COM A SAÚDE**

**Débora Gregório Costa**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)**

**2017**



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS: *BURNOUT*,  
SOBRECARGA E QUALIDADE DE VIDA  
RELACIONADA COM A SAÚDE**

**Débora Gregório Costa**

**Orientada por Prof. Doutor Fernando Sepúlveda Afonso Fradique**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)**

**2017**



## **Agradecimentos**

*Agradeço a todos aqueles que me ajudaram, de uma maneira ou de outra, a completar este caminho e a ultrapassar todos os obstáculos.*

*À minha família, pelo apoio e orgulho transmitido ao longo deste percurso tão árduo.*

*Ao Jorge e à Filipa, pela eterna paciência e apoio, amor e amizade, nos momentos em que mais precisava.*

*Ao Pepe e ao Jax, por todos os momentos de descontração, e por estarem sempre felizes por me verem chegar a casa.*

*A todas as minhas amigas, pelas gargalhadas, amizade incondicional e troca de conhecimentos, que tão importantes foram.*

*À Sílvia pelos momentos de boa-disposição, partilha de conhecimento e camaradagem na realização desta dissertação.*

*E, finalmente, ao Prof. Fernando Fradique que, com o seu conhecimento e experiência, me guiou atentamente e ajudou na completação deste caminho.*



## RESUMO

Nos últimos anos tem-se verificado um aumento da incidência de doenças crónicas, especialmente dentro da população idosa. Tal faz nascer a necessidade de se compreender melhor a condição, as necessidades e dificuldades de quem é responsável por garantir o seu bem-estar e qualidade de vida, quando a família não tem condições para tal: os cuidadores formais. Assim, o foco desta investigação centra-se em avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, os níveis de *Burnout* e os níveis de Sobrecarga, física e mental, dos cuidadores formais de idosos doentes crónicos. Objetivase, também, fazer uma descrição mais pormenorizada das características sociodemográficas destes cuidadores e investigar os fatores de risco existentes. Para a realização desta investigação, recorreu-se a uma amostra constituída por 148 cuidadores formais, pertencentes a diversas instituições de cuidados. Para alcançar os objetivos propostos pretende-se que as conclusões deste estudo sejam apoiadas numa metodologia quantitativa. Assim, recorreu-se à aplicação de: um questionário sociodemográfico, ao *Questionário de Estado de Saúde* (SF-36 v.2), ao *Inventário de Burnout de Copenhagen* (IBC) e à *Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit* (ESC). Os resultados apontam para uma boa consistência interna global do IBC e da ESC, bem como uma correlação positiva entre os dois instrumentos. No que diz respeito aos resultados da amostra face ao *Burnout* (IBC): 14.9% apresenta níveis elevados de *Burnout relacionado com o Utente*; 21.6% manifesta níveis mais elevados relacionados com o *Burnout Pessoal*; e 21.6% ultrapassam o ponto de corte de 50 para o *Burnout relacionado com o Trabalho*. Quanto aos resultados da amostra face à Sobrecarga (ESC): 21.6% reporta Sobrecarga intensa e 34.5% indica níveis de Sobrecarga ligeira. Os resultados indicam que ser-se do sexo masculino, desejar mudar de profissão, faltar com maior frequência ao trabalho, e níveis mais elevados de *Sobrecarga*, são indicadores de maior *Burnout*. Quanto à *Sobrecarga*, os resultados indicam que ser solteiro, não ter filhos, ser do sexo feminino, ser auxiliar de ação médica, ter uma idade inferior a 43 anos, desejar mudar de profissão, deter escolaridade mais elevada, e ter níveis elevados de *Burnout*, são indicadores de *Sobrecarga* elevada. Este estudo traz um maior foco para a ação das características sociodemográficas, dos cuidadores formais, na perceção de *Burnout* e Sobrecarga, e para a relação entre os dois construtos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidadores Formais; *Burnout*; Sobrecarga; Ato de Cuidar; Idosos.

## ABSTRACT

In recent years the prevalence of chronic diseases has risen, especially amongst the elderly population. With this reality arises the need to have a better understanding of the condition, necessities and hardships of those who are responsible for guaranteeing the elder's wellbeing and quality of life when the family doesn't have the means to: the formal caregiver. The focus of this investigation relies in evaluating the formal caregiver's Health Related Quality of Life, their levels of Burnout and Caregiver Burden, when responsible for caring of elderly with chronic disease(s). This study aims to make a detailed description of these caregivers' sociodemographic characteristics, and to explore the existing risk factors. In order to carry out this investigation, it was used a sample of 148 formal caregivers of several health care institutions. To accomplish the established aims, the conclusions of this study will be supported by a quantitative methodology. This consisted of the application of a sociodemographic questionnaire, the *SF-36 v.2 Health Survey*, the *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) and the *Zarit Burden Interview* (ZBI). The results indicate that there is a good internal global consistency of the CBI and ZBI, as well as a positive correlation between both instruments. The sample shows that 14.9% of the sample demonstrates high levels of *Client Related Burnout*, 21.6% manifests high levels of *Personal Burnout* and 21.6% demonstrate high levels of *Job Related Burnout*. When it comes to caregiver Burden, 21.6% of the sample reported intense Burden and 34.5% indicates feeling slight levels of Burden. Results show that being male, wishing to change career, missing work frequently and higher levels of Burden are good indicators of higher levels of Burnout. When it comes to caregiver Burden, results show that being single, not having children, being female, being a medical aid assistant, being under 43 of age, wishing to change career, having higher educational levels and having higher levels of Burnout are good indicators of high Burden. Having these results in mind, this study brings a greater focus to the influence, of formal caregivers' sociodemographic characteristics, on their perception of Burnout and Burden, and to the relation between the two constructs.

**KEYWORDS:** Formal Caregivers; *Burnout*; Burden; Care; Elderly.



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	3
1.1. Envelhecimento.....	3
1.2. Ato de cuidar.....	4
1.3. Cuidador.....	5
1.4. Qualidade de Vida (QdV).....	11
1.5. <i>Burnout</i> .....	13
1.6. Sobrecarga.....	17
1.7. O presente estudo.....	18
CAPÍTULO II – METODOLOGIA.....	21
2.1. Desenho de Investigação.....	21
2.2. Amostra.....	21
2.3. Instrumentos de Recolha de Dados.....	24
2.3.1. <i>Questionário Sociodemográfico</i> .....	24
2.3.2. <i>Inventário de Burnout de Copenhagen (IBC)</i> .....	24
2.3.3. <i>Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)</i> .....	26
2.3.4. <i>Questionário do Estado de Saúde (Medical Outcomes Study Short Form – SF-36, v.2)</i> .....	28
2.4. Procedimento de Recolha de Dados.....	29
2.5. Procedimento de Análise Estatística.....	30
CAPÍTULO III – ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	33
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO.....	57
CAPÍTULO V - CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
Referências bibliográficas.....	69
ANEXOS.....	83

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>TABELA 1:</b> Descrição da amostra.....	23
<b>TABELA 2:</b> Pontos de corte da ESC (Sequeira, 2010).....	27
<b>TABELA 3:</b> Análise dos <i>Alfas de Cronbach</i> do <i>Inventário de Burnout de Copenhagen</i>	34
<b>TABELA 4:</b> Análise dos <i>Alfas de Cronbach</i> da <i>Escala de Sobrecarga do Cuidador</i> .....	36
<b>TABELA 5:</b> Análise descritiva do <i>Inventário de Burnout de Copenhagen</i> .....	39
<b>TABELA 6:</b> Análise descritiva da <i>Escala de Sobrecarga do Cuidador</i> .....	41
<b>TABELA 7:</b> Correlação Não-Paramétrica entre os domínios de <i>Burnout</i> e Sobrecarga.	42
<b>TABELA 8:</b> Correlação Não-Paramétrica entre Anos de Serviço e a Idade com os resultados obtidos na <i>Escala de Sobrecarga do Cuidador</i> .....	43
<b>TABELA 9:</b> Descrição das diferenças entre as respostas de homens e mulheres ao <i>Inventário de Burnout de Copenhagen</i> (IBC) e à <i>Escala de Sobrecarga do Cuidador</i> (ESC).....	45
<b>TABELA 10:</b> Descrição das diferenças nas respostas, tendo em conta o desejo de mudar de profissão, ao <i>Inventário de Burnout Copenhagen</i> (IBC) e à <i>Escala de Sobrecarga do Cuidador</i> (ESC).....	47
<b>TABELA 11:</b> Descrição das diferenças entre as respostas, tendo em conta a frequência de faltas, ao <i>Inventário de Burnout de Copenhagen</i> (IBC) e à <i>Escala de Sobrecarga do Cuidador</i> (ESC).....	48
<b>TABELA 12:</b> Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente <i>Burnout Pessoal</i> .....	49
<b>TABELA 13:</b> Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente <i>Burnout relacionado com o Utente</i> .....	50
<b>TABELA 14:</b> Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente <i>Burnout relacionado com o Trabalho</i> .....	51
<b>TABELA 15:</b> Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente <i>Perceção de Autoeficácia</i> .....	51
<b>TABELA 16:</b> Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente <i>Expectativas com o Cuidar</i> .....	52
<b>TABELA 17:</b> Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente <i>Relação Interpessoal</i> .....	53
<b>TABELA 18:</b> Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente <i>Impacto da Prestação de Cuidados</i> .....	54

<b>TABELA 19:</b> Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente	
<i>Sobrecarga Total</i> .....	55

## **ANEXOS**

**ANEXO I:** Questionário Sociodemográfico

**ANEXO V:** Protocolo de consentimento informado

**ANEXOS (ver CD)**

**ANEXO II:** *Inventário de Burnout de Copenhagen (IBC)*

**ANEXO III:** *Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)*

**ANEXO IV:** *Questionário do Estado de Saúde (Medical Outcomes Study Short Form – SF-36, v.2)*

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é caracterizado como um fenómeno mundial e caracterizador do século XXI, que requer que sejam realizadas alterações a nível social, económico e cultural, no funcionamento de cada país, e a nível do próprio indivíduo idoso, da sua família e dos seus cuidadores (Fragoso, 2008).

Com o aumento do envelhecimento populacional e da longevidade, assiste-se a uma maior prevalência de incapacidades, físicas e cognitivas, e de doenças crónicas e/ou degenerativas que colocam em causa a saúde e qualidade de vida dos idosos (Miguel, Pinto, & Marcon, 2007). Surge, assim, a necessidade da intervenção de profissionais especializados e capazes de minimizar o impacto destes fatores na qualidade de vida dos idosos – os cuidadores formais. Tendo em conta que o envelhecimento progressivo da população será uma realidade nas próximas décadas, torna-se essencial estudar, e aprofundar, o conhecimento sobre a vivência que o cuidador formal tem das funções que desempenha, e o modo como estas afetam a sua saúde, física e mental, e qualidade de vida. O ato de cuidar está ligado a exigências, físicas e emocionais, que estão associadas ao desenvolvimento de sintomatologia relacionada ao cansaço, fadiga, *stress*, ansiedade, depressão e sobrecarga (Colomé et al., 2011; Zamora & Sánchez, 2008). Por sua vez, quando a saúde dos cuidadores formais está mais debilitada, a qualidade dos cuidados prestados, aos indivíduos dependentes, também é afetada (Frias, Tuokko, & Rosenberg, 2005). Não só, as profissões dependentes da interação com outras pessoas, nomeadamente profissões ligadas à área da saúde, estão associadas a uma maior probabilidade de se desenvolverem sintomas de *Burnout* (Maslach & Jackson, 1981). Estas dificuldades, além de afetarem o bem-estar dos cuidadores e dos indivíduos alvos de cuidados, também afetam o funcionamento geral das instituições empregadoras e responsáveis pela prestação de cuidados especializados. Tendo em conta que, tanto o *Burnout* como a Sobrecarga do cuidador formal, afetam a dinâmica das organizações, a qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar dos seus utentes, mostra-se necessário estudar mais aprofundadamente a sua prevalência e fatores de risco associados. O objetivo principal deste estudo será investigar e caracterizar mais a fundo esta população.

Esta investigação encontra-se estruturada pelas seguintes secções: um capítulo direcionado para o enquadramento teórico, que abordará a realidade dos cuidadores formais, bem como os conceitos de Qualidade de Vida, *Burnout* e Sobrecarga; o segundo

capítulo destina-se à descrição da amostra de cuidadores formais e procedimento metodológico, apresentando os instrumentos utilizados, o processo da recolha de dados e os procedimentos estatísticos de análise de dados; no terceiro capítulo realiza-se a apresentação e análise dos resultados obtidos na análise estatística; no quarto capítulo será efetuada uma discussão dos resultados obtidos, à luz dos objetivos da presente investigação e do enquadramento teórico realizado; por fim, apresentam-se as conclusões deste estudo, as suas limitações e os possíveis contributos e sugestões para o estado da arte e para investigações futuras.

## CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo tem como objetivo explorar os temas associados ao envelhecimento e do ato de cuidar de idosos, com um especial foco no cuidador formal destes indivíduos. Serão abordados os conceitos de Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, *Burnout* e Sobrecarga, associados à vivência que o cuidador formal tem do ato de cuidar. O presente capítulo terminará com a descrição dos objetivos desta investigação.

### 1.1. Envelhecimento

De acordo com as estatísticas realizadas pela *World Health Organization* (WHO, 2016), estima-se que entre 2015 e 2050 a proporção de adultos idosos, a nível mundial, chegue aos 22%. Em Portugal o rácio é estimado em 128 idosos para 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). Tal deve-se ao aumento da esperança média de vida e à diminuição dos níveis de fertilidade (WHO, 2015).

A WHO (2002/2005) conceptualiza que o indivíduo passa a ser considerado idoso dependentemente do grau de desenvolvimento do seu país. Um indivíduo pertencente a um país desenvolvido é considerado idoso quando atinge os 65 anos de idade, enquanto que para os indivíduos de países em desenvolvimento tal dá-se a partir dos 60 anos (WHO, 2002/2005).

Tradicionalmente, o envelhecimento remete para perdas a nível biológico, social e psicológico (Coleman & O'Hanlon, 2008): (a) o envelhecimento biológico está ligado às mudanças fisiológicas, anatómicas, bioquímicas e hormonais, associadas à deterioração progressiva do funcionamento biológico do indivíduo; (b) a nível social dão-se mudanças na organização dos papéis, nas regras e costumes sociais, influenciadas pela expectativa social da cultura em que o indivíduo se encontra; (c) o envelhecimento psicológico, por sua vez, é determinado pelas mudanças e perdas associadas ao envelhecimento biológico e às mudanças sociais, na medida em que diz respeito aos comportamentos e atitudes dos indivíduos face a estas mudanças, e às adaptações e reajustamentos que auxiliam o indivíduo a lidar com as mudanças e com as suas necessidades (Paiva, 1986).

Considera-se o envelhecimento um fenómeno complexo, caracterizado como um processo de mudanças sucessivas ao longo da vida, com diferenças inter-individuais em nível, ritmo e direção (Fernández-Ballesteros, 2011). Em termos intra-individuais, o envelhecimento está associado ao desenvolvimento de doenças e a perdas a nível funcional, bem como a uma esperança média de vida sem incapacidade significativamente mais baixa do que nas faixas etárias precedentes (Fernández-Ballesteros, Robine, Walker, & Kalache, 2013). Em termos de estereótipo, o conceito de envelhecimento está associado à deterioração, patologia e morte (Hayflick, 2007).

A elevada taxa de envelhecimento populacional, e o aumento da longevidade, revertem-se no aumento da predominância de problemas de saúde, como é o caso das doenças crónicas e degenerativas (Lima-Costa & Veras, 2003). De acordo com os Censos de 2011, a percentagem de idosos com muita dificuldade, ou incapacidade total, em realizar pelo menos uma das seis atividades diárias consideradas (e.g., ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender/fazer-se entender) é de 50%. Estas condições diminuem o funcionamento autónomo e dificultam a realização de diferentes atividades diárias, aumentando os níveis de dependência (Miguel, Pinto, & Marcon, 2007). Assim, os idosos são confrontados com uma situação de vulnerabilidade, subjetiva e objetiva, e de dependência da atuação de terceiros, os cuidadores, para a execução de atividades diárias básicas e/ou associada à manutenção/recuperação da sua saúde (Oliveira, Queirós, & Guerra, 2007).

## **1.2. Ato de cuidar**

O ato de cuidar está associado a diferentes aspetos do funcionamento do cuidador, i.e., físico, psicológico, social e material (Silva & da Silva Falcão, 2014) e depende da participação e envolvimento do cuidador e de quem é cuidado (Carleto, Souza, Silva, Cruz, & Andrade, 2010). Estes dois fatores, as características do cuidador e do indivíduo alvo de cuidados, influenciam-se circularmente. Por exemplo, um maior nível de dependência física (e.g., locomoção e atividades do dia-a-dia limitadas), por parte do indivíduo dependente, parecem contribuir para uma maior carga laboral nos seus cuidadores, no entanto, uma menor carga laboral mostra estar associada e promover uma menor prevalência de comportamentos disruptivos nos indivíduos dependentes (Edvardsson, Sandman, Nay, & Karlsson, 2008). O ato de cuidar, por sua vez, mostra



correlacionar-se com os comportamentos dos indivíduos dependentes na medida em que, quanto mais positivo for, menor será a prevalência do desenvolvimento de comportamentos agressivos (Edvardsson, Sandman, Nay, & Karlsson, 2008).

Maffioletti, Loyola e Nigri (2006) apresentam duas posições para definir o ato de cuidar: a posição do Cuidado Social e a posição do Cuidado na Saúde. A primeira tem como objetivo cuidar da saúde, com vista à manutenção/reinclusão social do indivíduo, apoiando-se nas dimensões política e social (Maffioletti et al., 2006). A segunda, por sua vez, considera que na velhice existe uma especificidade que só a dimensão clínica tem a capacidade de cuidar com eficácia, para melhorar a qualidade de vida do idoso: a da doença/dependência (Maffioletti et al., 2006).

Muitas famílias demonstram dificuldades em atender às exigências e necessidades subjacentes ao ato de cuidar de idosos, o que tem levado a uma crescente procura de apoio de cuidados formais (Fragoso, 2008; Özçakar, Kartal, Dirik, Tekin, & Güldal, 2012). Tal coloca um maior foco na importância das instituições de cuidados formais a idosos e na qualidade do ato de cuidar (Özçakar et al., 2012).

### **1.3. Cuidador**

Coen, Swanwick, O'Boyle e Coakley (1997) definem cuidador como aquele que está responsável por organizar e providenciar os recursos de que o indivíduo dependente necessita. Já Settineri, Rizzo, Liotta e Mento (2014) definem cuidador como aquele que é responsável pelo ato de cuidar de outrem que, por sua vez, tem uma saúde débil, ou uma incapacidade física por doença ou envelhecimento. Para estes autores, o cuidador mantém uma relação de proximidade físico-afetiva, e o seu papel pode ser tomado por um familiar, amigo, vizinho e/ou profissional.

O cuidador informal é definido como um cuidador voluntário, que mantém uma relação mais próxima (e.g., familiar, amigo, vizinho) do indivíduo dependente e toma a responsabilidade do ato de cuidar dentro do contexto domiciliar (Born, 2006; Karsch 2003), sem qualquer remuneração (Karsch, 2003). Por sua vez, o cuidador formal é, geralmente, representado pelas equipas e profissionais de saúde responsáveis pelo paciente (Karsch, 2003). Na literatura é definido como o indivíduo que é remunerado e

tem, na maior parte dos casos, treino específico para a função que exerce, mantendo um vínculo profissional para com o ato de cuidar (Born, 2006).

Com o avançar da deterioração física, associada à existência de doença(s) e/ou aos efeitos do processo de envelhecimento, tornar-se-á cada vez mais importante a existência de cuidados constantes e complexos por parte de um cuidador com capacitação profissional para tal, o cuidador formal (Gaioli, Furegato, & Santos, 2012).

No que diz respeito ao cuidado de idosos, o cuidador formal tem como função auxiliar e supervisionar os indivíduos nas suas atividades de vida diária, de autocuidado e lazer, para uma promoção e manutenção da sua funcionalidade diária (Paulin, 2011). O cuidador formal deve apoiar o indivíduo dependente nas atividades básicas da vida diária (AVD), que medem o funcionamento global em atividades que fazem parte da vivência do quotidiano (e.g., atravessar um pequeno quarto, passar da cadeira para a cama), e nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), relacionadas com o funcionamento instrumental em atividades mais subtis (e.g., comprar itens pessoais, gerir finanças) (Dalton et al., 2003). No entanto, estas funções e obrigações do cuidador podem dar origem a problemas na saúde física e mental do mesmo, como foi verificado no estudo de Hooker e colaboradores (2002).

As características necessárias, para exercer a função de cuidador e cuidar do outro, têm por base as crenças do cuidador (Machado & Merlo, 2008). A representação cognitiva, que o cuidador faz da doença em questão, pode influenciar a valência da sua avaliação, positiva ou negativa, sobre o ato de cuidar (Onwumere et al., 2008). Por exemplo, os cuidadores realizam uma avaliação negativa do ato de cuidar e demonstram um maior nível de *distress* quando percecionam a doença como tendo consequências severas neles próprios e no paciente, e quando é uma doença de longa duração (e.g., doença crónica) (Onwumere et al., 2008). Em contraste, os cuidadores avaliam o ato de cuidar positivamente quando percecionam que tanto eles como os pacientes exercem controlo sobre a doença (Onwumere et al., 2008).

Quanto mais positiva for a perceção que o cuidador tem sobre o ser-se idoso, maior será a tendência para uma melhoria do ato de cuidar associado aos idosos dependentes (Garbin, Sumida, Moimaz, Prado, & Silva, 2010).

### *1.3.1. Caracterização dos cuidadores formais*

De acordo com a literatura, a maioria dos cuidadores formais, aproximadamente 80%, pertence ao sexo feminino e tem uma idade média de 40 anos (Caçote & Faria, 2016; Córdoba & Aparicio, 2014; Lopes, Mitre, Coelho, & de Queiroz, 2012; Miyamoto, Tachimori, & Ito, 2010). A prevalência de cuidadores do sexo feminino, em profissões associadas ao ato de cuidar, está relacionado com o processo de feminização do cuidado, descrito por Vicente e Delgado (2009). Os autores referem que o ato de cuidar, social e culturalmente, esteve sempre mais ligado a uma simbologia feminina e doméstica: a mulher como cuidadora dos filhos e do lar. O facto de tenderem a providenciar uma maior quantidade de cuidados, em comparação com os indivíduos do sexo masculino, faz com que os cuidadores sejam mais suscetíveis a desenvolverem perturbações psiquiátricas (e.g., depressão, ansiedade) (Yee & Schultz, 2000).

Numa amostra com 63 cuidadores formais, Córdoba e Aparicio (2014) verificaram que cerca de 41.9% destes cuidadores não tinha qualquer experiência prévia nas funções que exerciam. No entanto, Miyamoto, Tachimori e Ito (2010), com uma amostra de 445 cuidadores pertencentes a diversas unidades de cuidados do Japão, verificaram que a média de anos de experiência destes profissionais, a cuidar de idosos, foi de 11.9 anos. No entanto, é necessário apontar o facto de que esta amostra apresenta uma dispersão de anos de experiência que varia entre os zero e os 40 anos de experiência a trabalhar com idosos (ver Miyamoto, Tachimori, & Ito, 2010).

A literatura tem vindo a verificar que a maioria de cuidadores formais de idosos e de pessoas dependentes, não tem habilitações académicas que lhes permitam exercer essas funções. Por exemplo, na Nova Zelândia, Smith, Kerse e Parsons (2005) observaram que a maioria dos cuidadores não possui as qualificações profissionais mínimas necessárias para exercer as suas funções, desenvolvendo o seu conhecimento através da experiência e da observação do trabalho realizado por outros cuidadores. Já Lopes, Mitre, Coelho e de Queiroz (2012), verificaram que a maioria dos cuidadores da sua amostra não tinham formação que os habilitasse a cuidar de idosos. Os mesmos resultados foram obtidos na amostra de 512 cuidadores formais de Ribeiro, Ferreira, de Magalhães, Moreira e Ferreira e Ferreira (2009). Mais recentemente, numa amostra com 225 cuidadores formais, Caçote e Faria (2016) observaram que a maioria dos indivíduos

possuía habilitações académicas correspondentes apenas ao Ensino Básico e Ensino Secundário. Smith e colaboradores (2002) argumentam que o ato de cuidar, por parte do cuidador formal, pode ser melhorado quando o cuidador tem um conhecimento aprofundado dos temas associados à Qualidade de Vida, intensificando assim a importância de uma formação adequada destes profissionais.

A literatura tem vindo a mostrar evidências de que providenciar formações aos cuidadores, formais e informais, pode beneficiar diretamente a Qualidade de Vida destes indivíduos e dos seus pacientes (Beer et al., 2010; Figueiredo, Guerra, Marques, & Sousa, 2012; Zuidema, Derkensen, Verhey, & Koopmans, 2007), a qualidade dos cuidados prestados, no reforço e manutenção das redes de apoio social ao indivíduo alvo de cuidados (Figueiredo, Guerra, Marques, & Sousa, 2012). Uma maior qualificação também aparenta estar associada a uma maior motivação, por parte do cuidador em desenvolver os seus conhecimentos e obter mais autoridade no processo de tomada de decisão (Josefsson, Sonde, & Wahlin, 2007). A inexistência de competências formais, por sua vez, apresenta-se como um fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde psicossomáticos (e.g., perturbações de sono, *stress*) dos cuidadores (Engström, Skytt, & Nilsson, 2011).

### *1.3.2. Cuidar em instituições*

São diversos os fatores que levam à institucionalização de idosos. Entre eles encontra-se o aumento da percentagem de mulheres ativas no mundo laboral que, tradicionalmente, tomavam o papel de cuidadoras informais dos membros mais dependentes do núcleo familiar, a complexidade das sociedades modernas e o já referido aumento demográfico da população idosa, caracterizado por um aumento da longevidade desta (Gonçalves, 2003).

Criada através do Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), concebida pelos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde, é constituída por diversas instituições, públicas e privadas, prestadoras de cuidados continuados de saúde e de apoio social (Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2016). A RNCCI tem como principal objetivo prestar cuidados

de saúde e apoio social, de forma continuada a indivíduos de qualquer idade, que se encontrem em situação de dependência física e/ou mental (SNS, 2016).

Apesar de se destinar a indivíduos de diferentes faixas etárias, é importante referir que cerca de 85% dos utentes da rede são idosos (SNS, 2016). Assim procedeu-se ao desenvolvimento de instituições de Cuidados Continuados Integrados e de equipas médicas multidisciplinares, com o objetivo de apoiar o indivíduo dependente na promoção da sua autonomia e funcionalidade (SNS, 2016).

A literatura tem vindo a verificar uma maior tendência para a coexistência e complementaridade/suplementaridade dos cuidados formais e informais, ou seja, os cuidadores formais complementam o esforço realizado pelos cuidadores informais, sempre que estes últimos não tenham capacidade para atender às necessidades do idoso dependente (Davey et al., 2005). No entanto, quando os cuidadores informais são inexistentes, ou demonstram uma incapacidade completa para responder às necessidades do idoso dependente, existe uma tendência para atribuir o ato de cuidar ao cuidador formal, associado à instituição onde o idoso se encontra (Fragoso, 2008).

Dentro das instituições de longa permanência, como é o caso de lares e instituições de *Cuidados Continuados Integrados*, é necessário que exista a presença de cuidadores formais 24 horas por dia, todos os dias (Thun et al., 2014). Dentro destas instituições os cuidadores devem prestar cuidados especializados e previsíveis, que requerem competências e conhecimentos específicos para a sua execução (Lyons & Zarit, 1999). Estes cuidadores devem estar encarregues de apoiar o utente dependente nas atividades do dia-a-dia, encarregando-se da alimentação, higiene, monitorização dos índices de saúde, medicação e dos cuidados de saúde (e.g., realização de curativos) (Colomé et al., 2011). Além destas tarefas, os cuidadores formais valorizam o fornecimento de apoio emocional e o estabelecimento de uma relação com o utente, percebendo estes aspetos, mais subjetivos, como um fator importante para ajudar o indivíduo dependente a lidar com a situação em que se encontra (Vedel et al., 2014).

Atualmente, os idosos, alvos de cuidados em lares e unidades de cuidados, tendem a possuir deficiências e necessidades de saúde mais complexas (Aylward, Stolee, Keat, & Johncox, 2003). Tal pode vir a ter consequências tanto para os cuidadores como para as instituições. Por exemplo, na sua revisão de literatura, Hayes e colaboradores (2006)

verificaram que o fenómeno *turnover* tem sido associado ao baixo desenvolvimento de competência dos cuidadores, ao elevado nível de tensão e *stress* laboral e a baixos níveis de satisfação com o trabalho. Por sua vez, Frias, Tuokko e Rosenberg (2005) observam que a qualidade do ato de cuidar, e o modo como os cuidadores se relacionam com os indivíduos alvos de cuidado, podem ser influenciados pelo estado de saúde física e mental do cuidador.

Silva e da Silva Falcão (2014), no seu estudo qualitativo com 40 cuidadores formais de idosos institucionalizados, apontam os aspetos positivos e negativos associados ao ato de cuidar, numa instituição. Os cuidadores entrevistados identificam os seguintes aspetos positivos: oportunidade de adquirir conhecimento e aprendizagem, através do vínculo criado com o idoso e das trocas de informação com a equipa multidisciplinar; incentivos recebidos pelo ato de cuidar (Silva & da Silva Falcão, 2014). Os aspetos mais desfavoráveis referem-se ao excesso de responsabilidade que recai sobre o cuidador formal, à remuneração incompatível com a qualidade e quantidade do serviço prestado, e aos conflitos interpessoais com os familiares dos idosos (Silva & da Silva Falcão, 2014).

A relação entre o profissional e a instituição empregadora pode ser influenciada pelo controlo reduzido que a última tem sob as reações emocionais dos seus profissionais, as quais estão articuladas com as funções desempenhadas e aos fatores geradores de *stress* (Glazer & Kruse, 2008).

O ato de cuidar de idosos e de indivíduos dependentes tende a gerar dificuldades em diversas áreas da vida e funcionamento do cuidador (e.g., vida pessoal, social, laboral) (Pinquart & Sörensen, 2003). Por exemplo, cuidadores formais tendem a apresentar um desempenho mais negativo na área da saúde, (Ferreira, Alexandre, & Lemos, 2011), e existe uma correlação positiva com a quantidade de sintomas psicopatológicos dos cuidadores, a quantidade de horas de trabalho e uma diminuição da qualidade de vida (Cardiga, 2014), aspeto importante para o funcionamento diário do indivíduo. Cuidadores que percebem níveis mais elevados de tensão, também reportam mais sintomatologia depressiva (Bevans & Sternberg, 2012) e problemas musculoesqueléticos (e.g., tensão muscular, dores no pescoço, ombros e/ou costas, mobilidade reduzida) (Alexopoulos, Burdorf, & Kalokerinou, 2003), o que está associado a uma redução da qualidade de vida,

relacionada com a saúde, destes indivíduos (Dahlrup, Ekström, Nordell, & Elmståhl, 2015). Associado ao ato de cuidar, e à sobrecarga associada, também está a maior suscetibilidade para o desenvolvimento de perturbações mentais e, conseqüentemente, uma qualidade de vida mais pobre (Sales, 2003; Wong, Lam, Chan, & Chan, 2012).

Recentemente (Dahlrup et al., 2015) verificaram a existência de diferenças, no que diz respeito à qualidade de vida relacionada com a saúde e, entre cuidadores e não cuidadores. Os resultados desta investigação mostraram que os cuidadores tendem a perceber níveis mais baixos, de qualidade de vida relacionada com a saúde, do que os participantes que não exerciam um papel de cuidador. Por sua vez, Bruvik, Ulstein, Ranhoff e Engedal (2012) verificaram que a existência de níveis mais baixos de qualidade de vida, de cuidadores de indivíduos com demência. Wu e colaboradores (2011), obtiveram resultados semelhantes com uma amostra de 1012 cuidadores formais chineses, pertencentes à categoria de enfermagem.

#### **1.4. Qualidade de Vida (QdV)**

QdV é um construto multidimensional (Efficace & Marrone, 2002; Kaasa & Loge, 2003), extenso e complexo, que tem vindo a ser definido de diversas formas na literatura, mas cuja definição abarca um conjunto de variáveis físicas e psicológicas (Moons, Budts, & De Geest, 2006). Na descrição e conceptualização de QdV são sugeridos três fatores fundamentais (Fleck et al., 1999): (1) a multidimensionalidade, dada a abrangência de dimensões macrosociais e microindividuais; (2) a subjetividade, relativa à percepção que o indivíduo tem das suas necessidades e valores; e (3) a bipolaridade do construto, visto que a QdV é influenciada por dimensões positivas (e.g., competência, saúde) e negativas (e.g., dor). Além dos aspetos subjetivos da QdV, também é possível identificar indicadores objetivos que permitam suplementar e/ou serem utilizados como meio de avaliação da QdV, e.g., estado funcional (Haas, 1999).

Dos trabalhos de Ferrans (1990) e Moons, Budts e De Geest (2006), foi possível verificar que as definições de QdV tendem a incorporar seis variáveis conceptuais: vida normal; felicidade/afeto; satisfação com a vida; utilidade social; realização de objetivos pessoais; capacidades/competências naturais. Já numa conceptualização de QdV para indivíduos com deficiências intelectuais, foram identificados oito domínios: bem-estar

emocional; relações interpessoais; bem-estar material; desenvolvimento pessoal; bem-estar físico; autodeterminação; inclusão social; direitos (Schalock, Bonham, & Verdugo, 2008; Verdugo, Navas, Gomez, & Schalock, 2012).

A definição de QdV mais referenciada na literatura é a estabelecida pela WHOQOL (WHOQOL Group, 1994). Na sua concepção, QdV caracteriza-se pela percepção que cada indivíduo tem sobre a sua posição na vida, tendo em conta o seu contexto cultural e sistema de valores, em relação com os seus objetivos, expectativas, *standards* e preocupações. Mostra-se, assim, como um conceito amplo que tem em conta o estado de saúde, economia, educação, contexto ambiental, legislação e sistema de saúde, dos quais o indivíduo faz parte (Lezaun, 2006).

O conceito de QdV é fundamental no contexto de cuidados de saúde, visto que reconhece os efeitos da doença (Schweitzer, Kelly, Foran, Terry, & Whiting, 1995), avalia os tratamentos (Rotstein, Barak, Noy, & Achiron, 2000), e facilita a tomada de decisão relativa aos recursos económicos associados (Ager, 2002). No entanto, quando se faz referência à QdV e ao bem-estar no campo da medicina, muitos autores sugerem que se deve mencionar o conceito de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, visto que este se limita à experiência que o indivíduo tem da sua doença (Haas, 1999) e do resultado dos tratamentos médicos, com o objetivo de se determinar o impacto da doença no funcionamento diário do indivíduo (Wilson & Cleary, 1995).

#### *1.4.1. Qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS)*

A QdVRS é um conceito latente e não observável, que só pode ser inferido através de indicadores indiretos (Lezaun, 2006). Descreve a experiência subjetiva do indivíduo relacionada, direta ou indiretamente, com a sua saúde, doença, incapacidade e enfraquecimento (Carr, Gibson, & Robinson, 2001). Este conceito pode ser definido como o bem-estar resultante da percepção que o indivíduo tem dos diversos domínios da sua vida, com base no impacto destes na sua saúde (Urzúa, 2010).

A QdVRS consiste num importante indicador da QdV geral, visto que se baseia nas consequências funcionais da doença e na gestão física, mental e social da mesma (Wikman, Wardle, & Steptoe, 2011). A sua operacionalização dá-se, geralmente, através da avaliação dos domínios físico, mental/cognitivo e social do indivíduo (Moons, Budts,



& De Geest, 2006), tendo como base a definição de saúde da WHO (1958), ou seja, um estado de pleno bem-estar físico, mental e social, que não se restrinja à presença/ausência de doença.

Bowling (2001) caracteriza a QdVRS como sendo um nível ótimo de funcionamento mental e físico, desempenho de papéis e funcionamento social. Dentro do conceito, a autora tem em consideração as relações sociais, percepções de saúde, *fitness*, satisfação com a vida e bem-estar como importantes para a construção da percepção de QdVRS do indivíduo.

São diversos os fatores preditivos de QdVRS, entre eles encontra-se a quantidade elevada de horas de trabalho, sobrecarga pessoal, stressores ocupacionais, idade elevada, má alimentação e a presença de *Burnout* (Wu et al., 2011). Os sintomas de exaustão emocional e de despersonalização, nomeadamente, são os que estão mais relacionados com a QdVRS (Wu et al., 2011). Mostra-se, assim, a necessidade de se estudar o *Burnout* como um fator de risco importante para o desenvolvimento de uma QdVRS mais fraca.

### **1.5. *Burnout***

As profissões mais centradas no cliente (i.e., cuidadores formais) são fonte de uma elevada tensão (Brodaty, Draper, & Low, 2003), requerendo um maior grau de envolvimento emocional, o que aumenta a suscetibilidade, dos profissionais, a sentimentos relacionados com a exaustão emocional e frustração associada ao trabalho realizado (Evers, Tomic, & Brouwers, 2001).

Trabalhar continuamente com indivíduos dependentes e em sofrimento (e.g., psicológico, social, físico), pode levar a uma situação de *stress* crónico e de exaustão emocional e, consequentemente, aumentar o risco da síndrome *Burnout* (Maslach & Jackson, 1981). Considerado um problema social e de saúde pública de primeira ordem, o *Burnout* é uma perturbação de adaptação crónica, que coloca em causa a qualidade de vida do profissional e a qualidade da sua prestação de cuidados, aumentando assim os custos económico-sociais associados (Estella et al., 2002).

*Burnout* pode ser definido como um estado físico, emocional e mental de exaustão, resultante de um envolvimento a longo-prazo em situações laborais

emocionalmente exigentes (Schaufeli & Greenglass, 2001). De acordo com Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), o *Burnout* é uma experiência de *stress* desenvolvida apenas em contexto laboral. Os autores consideram que este fenómeno é constituído por três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal.

A dimensão pessoal do *Burnout* é a *exaustão emocional*, também considerada a característica central e, possivelmente, a mais concreta da síndrome (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). É caracterizada pela sensação de esgotamento dos recursos emocionais e físicos do indivíduo (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

A segunda dimensão, *despersonalização*, é caracterizada pela tentativa de o indivíduo se distanciar afetivamente dos recetores de serviços, na medida em que se torna mais fácil de lidar com as suas exigências se forem considerados como objetos impessoais (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Considerada a componente laboral do *Burnout*, esta é caracterizada por respostas negativas, despreocupadas e desligadas por parte do prestador de serviços (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Já a dimensão de autoavaliação do *Burnout*, a de *realização pessoal*, mostra ser o resultado da exaustão e da despersonalização (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Para o indivíduo pode ser difícil desenvolver uma perceção de autoeficácia quando se sente continuamente exausto, ou quando tem que ajudar outros para com quem se sente indiferente (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Esta dimensão é caracterizada por sentimentos e crenças de incompetência e baixa-productividade (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

A relação entre a reduzida realização pessoal e os dois restantes fatores é complexa. Uma situação laboral, com exigências crónicas e opressivas, que contribua para a exaustão e para a despersonalização, pode diminuir o sentido de autoeficácia do indivíduo (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). No entanto, no contexto laboral, é possível que os três fatores se desenvolvam em simultâneo (Leiter, 1993; cit. por Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

O sentido de eficácia pode ser influenciado pela falta de recursos relevantes, emocionais e/ou materiais, a exaustão e a despersonalização, por sua vez, tendem a estar associadas à presença de excesso de trabalho e conflito com outros profissionais, membros da instituição (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). São diversas as condições organizacionais que podem ser consideradas causa de *Burnout*. Entre elas são identificadas a falta de recompensas, as políticas e procedimentos excessivos e desatualizados, as rotinas de trabalho, a supervisão excessiva e demasiado próxima, a inexistência de expectativas claras e de responsabilidades laborais, e o conflito interpessoal (Jackson & Schuler, 1983). Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) identificaram seis áreas do risco organizacional para o *Burnout*: sobrecarga de trabalho, falta de controlo, percepção de recompensa insuficiente, ausência da sensação de comunidade, falta de justiça, e conflito de valores.

As diferenças, em termos de competências e qualificação formal para o ato de cuidar, também mostram ser um fator importante para a percepção de sobrecarga laboral (Jenkins & Elliott, 2004). Observou-se, num estudo com 93 membros de 11 equipas de enfermagem, que os cuidadores com qualificações formais tendiam em percecionar níveis de sobrecarga laboral significativamente mais elevados, do que os cuidadores sem qualificação para as suas tarefas (Jenkins & Elliott, 2004). Por sua vez, mais de metade desta amostra demonstrou níveis elevados de *Burnout* (Jenkins & Elliott, 2004).

Outros fatores de risco importantes são o conflito de papéis e a ambiguidade dos mesmos (Acker, 2003; Fujiwara, Tsukishima, Tsutsumi, Kawakami, & Kishi, 2003; Rai, 2010; Shinan-Altman & Cohen, 2009). No entanto, Barbosa, Leão, Tavares e Santos (2012), não verificaram existirem correlações significativas entre a carga horária de trabalho semanal e as três dimensões de *Burnout*, i.e., *exaustão emocional*, *despersonalização* e *realização pessoal* (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001), na sua amostra de 67 cuidadores formais. Numa amostra de 574 cuidadores formais, Lavery e Patrick (2007), verificaram que ser mais novo e ter uma maior carga horária laboral, estavam associados a níveis mais elevados de exaustão emocional e de despersonalização. Tam e Mong (2005), numa amostra de 456 cuidadores chineses, também observaram a mesma tendência face à idade, indivíduos mais novos tendem a experienciar níveis de *Burnout* mais elevados.

### 1.5.1. Consequências do *Burnout*

Gil-Monte (2003) divide as consequências do *Burnout* em dois grandes grupos, consequências para o indivíduo e consequências para a organização. Dentro das primeiras, encontram-se quatro categorias de sintomas (Gil-Monte, 2003): emocionais (e.g., distanciamento emocional, solidão, alienação, ansiedade, impotência/omnipotência); atitudinais (e.g., atitudes negativas, cinismo, apatia, hostilidade), comportamentais (e.g., agressividade, isolamento, mudanças de humor, irritabilidade) e psicossomáticos (e.g., alterações cardiovasculares, problemas respiratórios, imunológicos, sexuais, digestivos e musculares, alterações no sistema nervoso).

Quanto às consequências para a organização, Gil-Monte (2003) identifica a deterioração da qualidade assistencial, baixa satisfação laboral, elevado absentismo, tendência para o abandono do posto e/ou da organização, perda de interesse e diminuição do esforço para realizar as atividades laborais, aumento dos conflitos interpessoais com outros membros da equipa de trabalho, supervisores e utentes, e diminuição da qualidade de vida laboral. O absentismo, a falta de motivação e a insatisfação com o seu trabalho, mostram estar associados a elevados níveis de *Burnout* (Cropanzano, Rupp, & Byrne, 2003; Schaufeli & Peeters, 2000), o que, por sua vez, está relacionado com taxas de *Turnover* mais elevadas (Hayes et al., 2006).

Stimpfel, Sloane e Aiken (2012) observaram que existe uma relação entre a satisfação dos utentes com o cuidado recebido e o *Burnout* sentido pelos seus cuidadores. Tal acontece na medida em que, quanto mais longos forem os turnos de trabalho, maiores serão os níveis de exaustão e fadiga, física e emocional – *Burnout*, o que terá um impacto na qualidade dos serviços prestados pelos cuidadores.

Um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de *Burnout* é a presença prévia de Sobrecarga no cuidador (Fujiwara et. al., 2003; Maslach, 2009; Zamora & Sánchez, 2008), aparecendo mais associada à dimensão de exaustão emocional do *Bunrout* (Maslach & Jackson, 1981). Apesar de a Sobrecarga aparecer mais associada, na literatura, aos cuidadores informais, investigação recente tem verificado a perceção de Sobrecarga está associada ao desenvolvimento de *Burnout* no cuidador formal (Zamora & Sánchez, 2008).

## 1.6. Sobrecarga

A Sobrecarga do cuidador está associada a uma resposta multidimensional a fatores geradores de *stress* físico, psicológico, emocional, social e financeiro, relativos ao ato de cuidar (Kasuya, Polgar-Bailey, & Takeuchi, 2000). Vai ser a percepção do cuidador que vai determinar o impacto da sobrecarga na sua vida, e não a percepção de terceiros (Kasuya, Polgar-Bailey, & Takeuchi, 2000).

Pode ser conceptualizada como um construto multidimensional, constituído por componentes objetivos e subjetivos (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985). A sobrecarga objetiva é representada pelas características das tarefas realizadas pelo cuidador, como estas tarefas interferem no dia-a-dia e a disrupção da vida familiar, podendo ser medida pela observação de tarefas específicas (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985). A sobrecarga subjetiva, mais difícil de avaliar, surge relacionada com as características individuais do cuidador, as suas respostas afetivas à experiência de cuidador (e.g., sentimentos de culpa, exaustão) e a sua percepção das dificuldades físicas, emocionais, sociais e económicas sentidas (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985).

Estudos mais recentes associam a sobrecarga às características do paciente (i.e., diagnóstico, tratamento, estágio da doença, funcionalidade) e às características do cuidador (e.g., recursos psicológicos, suporte social, género) (Given, Sherwood, & Given, 2011). Por exemplo, a presença de sintomatologia associada ao desgaste e à sobrecarga do cuidador, mostra estar associada à diminuição da capacidade funcional dos idosos alvos de cuidados, por parte dos cuidadores (Canon & Novelli, 2012).

A sobrecarga tende a acumular-se devido à exposição constante às exigências do ato de cuidar e pode afetar o bem-estar do indivíduo, diminuindo a sua saúde física (e.g., controlo inflamatório desregulado) (Rohleder, Marin, Ma, & Miller, 2009) e a danos no funcionamento cognitivo (e.g., dificuldades de concentração) (Mackenzie, Smith, Hasher, Leach, & Behl, 2007; Miyamoto, Tachimori, & Ito, 2010).

Miyamoto, Tachimori e Ito (2010), verificaram que o funcionamento comprometido do indivíduo, o pertencer-se ao sexo feminino e comportamentos inapropriados por parte do utente, são fatores associados a maiores níveis de sobrecarga no cuidador formal. Num estudo com 108 cuidadores formais de pacientes hospitalizados,

Liang e colaboradores (2017), pretenderam investigar a sobrecarga e os níveis de depressão nesta população. Os autores verificaram que a sobrecarga estava associada a mulheres de meia idade que vivem em zonas rurais, a um horário laboral prolongado, a uma baixa satisfação salarial e ao impacto do trabalho nas famílias destes cuidadores. Foi possível verificar uma correlação entre os níveis de depressão e a existência de sobrecarga (Liang et al., 2017). Resultados semelhantes foram obtidos por Rosa e colaboradores (2008).

Na sua revisão, Adelman, Tmanova, Delgado, Dion e Lachs (2014), verificaram que alguns dos principais fatores de risco, para uma maior probabilidade de o cuidador desenvolver sintomas associados à Sobrecarga, são ter um baixo nível de escolaridade, um maior número de horas focadas no ato de cuidar, sintomatologia depressiva e isolamento social e ser-se do sexo feminino. Já Gallicchio, Siddiqi, Langenberg e Baumgarten (2002), também observaram uma maior prevalência de Sobrecarga em indivíduos do sexo feminino, em comparação com os indivíduos do sexo masculino. No que diz respeito à idade, é possível que a sobrecarga esteja associada a idades mais avançadas (Vincent, Desrosiers, Landreville, & Demers, 2009), ao contrário da tendência já observada para a percepção de *Burnout*.

Um modo de promover a saúde, física e emocional, dos cuidadores formais, para diminuir a prevalência de Sobrecarga, surge através da promoção do *Job Empowerment* (Laschinger, Finegan, & Shamian, 2001) e da promoção de estilos de *coping* associados a emoções mais positivas (Tugade, Fredrickson, & Barrett, 2004).

## **1.7. O presente estudo**

Dada a conjuntura atual, em que se observa um aumento crescente da população idosa, a nível nacional e internacional, tem-se verificado um maior interesse científico pelas temáticas associadas ao processo de envelhecimento, às suas consequências e aos cuidadores desta população. Estes cuidadores têm sido, cada vez mais, representados por profissionais de saúde especializados, com o objetivo de garantirem a satisfação das necessidades do idoso dependente e proporcionar, ou manter, os níveis de bem-estar e qualidade de vida destes. Como foi possível verificar anteriormente, o cuidado de idosos, e de indivíduos dependentes, está associado a exigências físicas e emocionais que

colocam em risco a saúde e qualidade de vida dos cuidadores formais. Assim, torna-se essencial estudar as características desta população e as suas principais dificuldades.

A presente investigação tem como principal objetivo caracterizar uma amostra de cuidadores formais, quanto às suas características sociodemográficas e ao modo em como experienciam o *Burnout* e a Sobrecarga associados ao ato de cuidar. Para tal recorrer-se-á à aplicação do *Inventário de Burnout de Copenhagen* (IBC) e da *Escala de Sobrecarga do Cuidador* (ESC). Pretende-se, também, explorar a relação existente entre a perceção de *Burnout* e de Sobrecarga, bem como a validade de ambas as escalas que representam cada um destes construtos. Quanto aos objetivos específicos, são definidos os seguintes:

1. Descrição das características da amostra de cuidadores formais;
2. Analisar as propriedades psicométricas das escalas de *Burnout* (IBC) e de Sobrecarga (ESC);
  - i. Analisar a fiabilidade das escalas de *Burnout* e de Sobrecarga;
  - ii. Analisar a validade dos itens das escalas de *Burnout* e de Sobrecarga;
3. Avaliar os níveis de *Burnout* (IBC) e de Sobrecarga (ESC), percecionados pelos Cuidadores Formais;
  - i. Caracterizar a amostra de Cuidadores Formais em termos de *Burnout*;
  - ii. Caracterizar a amostra de Cuidadores Formais em termos de Sobrecarga;
  - iii. Explorar a relação entre as variáveis *Burnout* e Sobrecarga;
4. Analisar a existência de correlações entre as dimensões do *Inventário de Burnout de Copenhagen* e os fatores da *Escala de Sobrecarga do Cuidador*;
5. Analisar a relação das características sociodemográficas (i.e., Idade, Sexo, Escolaridade, Estado Civil, Número de Filhos, Categoria Profissional, Trabalho por Turnos, Anos de Serviço, Horas de Trabalho Semanal, Frequência de Faltas, Desejo de Mudar de Profissão), dos cuidadores formais, com os valores obtidos nas escalas de *Burnout* (IBC) e de Sobrecarga (ESC);

- i. Comparação de diferentes grupos quanto aos resultados obtidos no IBC e na ESC;
- ii. Análise dos preditores dos resultados obtidos no IBC e na ESC.

Considerando os objetivos propostos, foi desenvolvido um plano metodológico que será apresentado no Capítulo II desta dissertação.



## CAPÍTULO II - METODOLOGIA

Este capítulo dedica-se à descrição de toda a metodologia empregada no presente estudo. Será descrito o desenho da investigação, a amostra de cuidadores formais a que se recorreu, os instrumentos utilizados na recolha de dados (i.e., *Questionário Sociodemográfico*, *Inventário de Burnout de Copenhagen*, *Escala de Sobrecarga do Cuidador*, *Questionário do Estado de Saúde*), e, por último, dar-se-á uma descrição dos procedimentos de análise estatística.

### 2.1. Desenho de Investigação

Esta investigação apresenta um *design* de cariz exploratório/descritivo e correlacional. Exploratório/descritivo, visto que tem como objetivo explorar e descrever as perceções dos cuidadores formais, relacionadas com o ato de cuidar e as consequências deste para o indivíduo. Dado o objetivo de se averiguar as relações existentes, entre cada uma das variáveis em estudo, o *design* também apresenta um cariz correlacional.

Este estudo apresenta uma abordagem quantitativa, com utilização de instrumentos de auto e hétero-relato como método de recolha de dados, apoiando-se num questionário sociodemográfico e num conjunto de três instrumentos de autorrelato: o *Inventário de Burnout de Copenhagen* (IBC), a *Escala de Sobrecarga do Cuidador* (ESC) e o *Questionário do Estado de Saúde* (*Medical Outcomes Study Short Form – SF-36*, v.2).

### 2.2. Amostra

A amostragem, utilizada no presente estudo, é não probabilística e intencional por conveniência. No processo de recolha de dados utilizou-se como critérios de inclusão a profissão, sendo necessário que os participantes desempenhassem a função de cuidador formal de idosos. Os dados quantitativos foram recolhidos no presente estudo e através de uma *pool* formada por dados de quatro outros estudos.

Como ilustrado pela Tabela 1, os resultados do questionário sociodemográfico revelam que dos 148 participantes, 100 (67.6%) são do sexo feminino e 48 (32.4%) do sexo masculino. No que diz respeito à idade, é possível verificar que a amostra apresenta uma média de 41.63 anos (DP=11.249), no entanto, existe uma amplitude de 44 anos

entre o cuidador mais novo (22) e o cuidador mais velho (66), um (0.7%) participante não respondeu a esta questão. Do total dos 148 participantes, 56 (37.8%) estão solteiros, 53 (35.8%) casados, 19 (12.8%) divorciados, 18 (12.2%) encontram-se em união de facto, e apenas dois (1.4%) são viúvos. Quase metade da amostra (45.3%) revela possuir um grau equivalente ao ensino superior, enquanto que 28 (18.9%) mostra ter completado o ensino secundário (10º ao 12º ano), 29 (19.6%) completaram o segundo ciclo (7º ao 9º ano), 17 (12.1%) possuem o primeiro ciclo (5º ao 6º ano), e sete (4.7%) têm apenas o ensino primário (1º ao 4º ano). Em termos de categoria profissional, 79 (53.4%) são Auxiliares de Ação Direta, enquanto que 64 (43.2%) participantes são Técnicos de Saúde (e.g., enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos), apenas três (2.0%) participantes apresentaram outras categorias profissionais (e.g., motorista), e dois (1.4%) participantes não forneceram informação sobre a sua profissão. Em média, esta amostra de cuidadores formais trabalha 38.73 horas semanais ( $DP=7.976$ ), no entanto, existe uma amplitude de 60 horas de trabalho semanal entre o cuidador com menos horas (quatro) e o cuidador com mais horas (64), oito (5.4%) participantes não forneceram informação sobre esta questão. Esta amostra trabalha na mesma instituição, em média, há cerca de 8.19 anos ( $DP=8.154$ ), com uma amplitude de 34 anos entre o participante com menos tempo de serviço (0) e o participante com mais anos (34) de serviço na instituição, oito (5.4%) participantes não forneceram informação sobre esta questão. No que diz respeito às faltas ao serviço, 104 (70.3%) indivíduos referem nunca/raramente terem faltado, 32 (21.6%) afirmam terem faltado algumas vezes, cinco (3.4%) participantes referem ter faltado bastantes vezes ao serviço, sete participantes não deram informação sobre a sua frequência de faltas (4.7%).

Quanto ao desejo de mudar de profissão, 109 (73.6%) dos cuidadores afirmaram não querer mudar de profissão, enquanto que 33 (22.3%) referem que querem mudar de profissão, e seis (4.1%) não responderam à questão.

Tabela 1

*Descrição da amostra*

		N (%)	Média	Mediana	Desvio- Padrão	Amplitude	
						Mínimo	Máximo
<b>Idade</b>		147 (99.32%)	41.63	43	11.249	22	66
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	48 (32.4%)					
	<b>Feminino</b>	100 (67.6%)					
<b>Escolaridade</b>	<b>1º-4º ano</b>	7 (4.7%)					
	<b>5º-6º ano</b>	17 (11.5%)					
	<b>7º-9º ano</b>	29 (19.6%)					
	<b>10º-12º ano</b>	28 (18.9%)					
	<b>Ensino Superior</b>	67 (45.3%)					
<b>Estado Civil</b>	<b>Solteiro</b>	56 (37.8%)					
	<b>Casado</b>	53 (35.8%)					
	<b>Divorciado</b>	19 (12.8%)					
	<b>Viúvo</b>	2 (1.4%)					
	<b>União de Facto</b>	18 (12.2%)					
<b>Número de Filhos</b>	<b>Não</b>	50 (33.8%)					
	<b>Sim, 1</b>	41 (27.7%)					
	<b>Sim, 2</b>	40 (27.0%)					
	<b>Sim, 3 ou mais</b>	17 (11.5%)					
<b>Outros Dependentes</b>	<b>Não</b>	138 (93.2%)					
	<b>Sim, 1</b>	6 (4.1%)					
	<b>Sim, 2</b>	2 (1.4%)					
<b>Local de Residência</b>	<b>Rural</b>	8 (5.4%)					
	<b>Urbano</b>	138 (93.2%)					
<b>Categoria Profissional</b>	<b>Auxiliar de Ação Direta</b>	79 (53.4%)					
	<b>Técnico de Saúde</b>	64 (43.2%)					
	<b>Outras</b>	3 (2.0%)					
<b>Trabalho por Turnos</b>	<b>Não</b>	75 (50.7%)					
	<b>Sim</b>	69 (46.6%)					

<b>Horas de Trabalho Semanal</b>		140 (94.6%)	38.73	40.00	7.976	4	64
<b>Frequência das Faltas</b>	<b>Nunca/Raramente</b>	104 (70.3%)					
	<b>Algumas Vezes</b>	32 (21.6%)					
	<b>Bastantes Vezes</b>	5 (3.4%)					
<b>Anos de Serviço</b>		140 (99.6%)	8.19	5.00	8.154	0	34
<b>Mudar de Profissão</b>	<b>Não</b>	109 (73.6%)					
	<b>Sim</b>	33 (22.3%)					

### 2.3. Instrumentos de Recolha de Dados

Para a recolha de dados recorreu-se à aplicação de quatro instrumentos, sendo estes um *Questionário Sociodemográfico*, o *Inventário de Burnout de Copenhagen (IBC)*, a *Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)* e o *Questionário de perceção de estado de saúde (SF-36 v.2)*.

#### 2.3.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (ver Anexo I) teve como objetivo recolher informação que caracterizasse a amostra de cuidadores formais em diferentes categorias. Assim, obteve-se informação relacionada com o género, a idade, a escolaridade, o estado civil, a filiação, a existência de indivíduos dependentes, o contexto residencial, a prática ou não de turnos no trabalho, o tempo de serviço na instituição, a quantidade de horas de trabalho semanal, a profissão específica na área da prestação de cuidados, a prática ou não de uma outra profissão, a assiduidade no trabalho e, por fim, questionou-se o indivíduo quando ao desejo de mudar de profissão.

#### 2.3.2. Inventário de Burnout de Copenhagen (IBC) (Anexo II)

O IBC foi elaborado pelo Instituto Nacional de Saúde Ocupacional de Copenhaga (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005). No IBC os principais construtos,

utilizados para avaliar o *Burnout*, são a fadiga e a exaustão (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005), centrando-se na definição de *Burnout* criada por Schaufeli e Greenglass (2001). Estes autores consideram o *Burnout* como um estado de exaustão geral, i.e., física, emocional e mental, derivado de um envolvimento prolongado em situações laborais emocionalmente exigentes. O inventário é constituído por 19 questões, com uma escala de *Likert* de cinco pontos. Estas questões estão divididas em três escalas: *Burnout Pessoal*, *Burnout relacionado com o Trabalho* e *Burnout relacionado com o Utente* (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005).

A escala de *Burnout Pessoal* (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005) permite realizar comparações inter-individuais, independentemente do estatuto ocupacional do indivíduo, sendo definida como o grau de fadiga e exaustão, física e psicológica, experienciadas pelo indivíduo. A avaliação desta escala dá-se a partir dos seis itens que a representam, para os quais a resposta pode variar de zero (Nunca/Quase Nunca) a 100 (Sempre) (Fonte, 2011).

Já a escala de *Burnout relacionado com o Trabalho* (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005) pretende focar-se nas atribuições que o indivíduo realiza dos seus sintomas. Este domínio é definido, pelos autores, como o grau de fadiga e exaustão, física e psicológica, relacionados com o trabalho e percebidos pelo indivíduo. A avaliação desta escala dá-se a partir dos sete itens que a caracterizam, com seis respostas que variam de zero (Muito Pouco) a 100 (Muito), respostas que variam de zero (Nunca/Quase Nunca) a 100 (Sempre), sendo o último item desta escala avaliado de forma invertida, sendo de 100 (Nunca/Quase Nunca) a zero (Sempre) (Fonte, 2011).

No que diz respeito ao *Burnout relacionado com o Utente* (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005), pretende-se compreender a que nível os indivíduos percebem a ligação entre a sua fadiga e o seu trabalho com pessoas. Os autores definem este *Burnout* pelo grau de fadiga e exaustão, física e psicológica, percebidos pelo indivíduo no que diz respeito ao seu trabalho com utentes. A avaliação desta escala dá-se a partir dos seis itens que a identificam, com respostas que variam de zero (Muito Pouco) a 100 (Muito) e respostas que variam de zero (Nunca/Quase Nunca) a 100 (Sempre) (Fonte, 2011).

Nos primeiros estudos realizados (Borritz & Kristensen, 2004; Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005), em termos da consistência interna, as primeiras duas escalas, *Burnout Pessoal* e *Burnout relacionado com o Trabalho*, obtiveram um *alfa de Cronbach* de 0.87, enquanto que a escala do *Burnout relacionado com o Utente* obteve uma consistência interna de 0.85.

No estudo realizado por Fonte (2011), com o objetivo de validar o IBC para a população portuguesa, também foi possível verificar uma boa homogeneidade e consistência interna do instrumento: o *Burnout Pessoal* apresenta um *alfa de Cronbach* de 0.845, o *Burnout relacionado com o Trabalho* revela um *alfa de Cronbach* de 0.829, e o *Burnout relacionado com o Utente* que, por sua vez, apresenta um valor de 0.796. Numa investigação mais recente (Margarido, 2016) foi possível observar diferentes valores para a consistência interna do IBC, que apresentou um *alfa de Cronbach* global de 0.992, indicando uma boa consistência interna global. Por sua vez, a dimensão de *Burnout Pessoal*, apresentou um *alfa de Cronbach* de 0.890, foi obtida uma consistência interna com um valor de 0.808 para a dimensão de *Burnout relacionado com o Utente*, e o valor de 0.770 para a dimensão de *Burnout relacionado com o Trabalho*.

### 2.3.3. Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) (ver Anexo III)

A ESC é um questionário de *self-report*, com o objetivo de avaliar os sentimentos de sobrecarga de cuidadores informais, tendo em conta o impacto da doença nas suas vidas (Gonçalves-Pereira & Zarit, 2014). As questões realizadas referem-se a diferentes problemas, nos seguintes domínios: saúde e bem-estar, vida pessoal e social, e finanças (Gonçalves-Pereira & Zarit, 2014). A versão utilizada neste estudo é constituída por 22 itens cotados numa escala de *Likert*, que varia de zero (Nunca) a cinco (Quase Sempre), em que o *global score* varia de 22 a 110, e onde um resultado mais elevado corresponde a uma maior perceção de sobrecarga (Sequeira, 2010). Na Tabela 2 estão discriminados os pontos de corte definidos na literatura. Outras versões podem apresentar itens com uma escala de *Likert* que varia de zero a quatro (e.g., Scazufca, 2002).

Tabela 2

*Pontos de corte da ESC (Sequeira, 2010)*

<46	Sem Sobrecarga
46-56	Sobrecarga Ligeira
>56	Sobrecarga Intensa

No seu total, a escala tem apresentado uma boa consistência interna (Cerrato, de Trocóniz, & López, 1998; Scazufca, 2002). No processo de validação da ESC para a população portuguesa, a escala também obteve um *alfa de Cronbach* correspondente a uma boa consistência interna ( $\alpha = 0.93$ ) (Sequeira, 2010). Este autor conseguiu obter quatro fatores que compõem a ESC: *Impacto da Prestação de Cuidados* (IPC), *Relação Interpessoal* (RI), *Expectativas com o Cuidar* (EC) e *Percepção de Autoeficácia* (PA).

O fator IPC (11 itens) é caracterizado por itens que estão relacionados com a sobrecarga associada à prestação de cuidados diretos (e.g., alteração do estado de saúde, quantidade elevada de cuidados, alteração das relações interpessoais, escassez de tempo, desgaste físico e mental), sendo itens relativos ao impacto que os cuidados diretos têm no cuidador (Sequeira, 2010). Este fator apresenta um *alfa de Cronbach* de 0.93, indicando uma boa consistência interna (Sequeira, 2010). O segundo fator, o RI (cinco itens), é constituído por itens direccionados para a sobrecarga associada à relação entre o cuidador e o indivíduo que é alvo de cuidados, avaliando assim o impacto interpessoal resultante da prestação de cuidados e das dificuldades de comunicação (Sequeira, 2010). O RI obteve uma consistência interna de 0.83 no processo de validação da escala para a população portuguesa (Sequeira, 2010). O fator EC (quatro itens), por sua vez, está associado às expectativas que o cuidador tem face ao ato de cuidar, focando-se em questões como os medos, receios e disponibilidades (Sequeira, 2010). Apresenta um *alfa de Cronbach* de 0.67 (Sequeira, 2010). O último fator, PA (dois itens), questiona sobre a percepção que o cuidador tem quanto ao seu desempenho, apresentando um alfa de 0.80 (Sequeira, 2010).

Mais recentemente (Margarido, 2010), num estudo com 117 cuidadores formais com diferentes profissões, foi possível verificar que a escala, no seu todo, apresenta uma boa consistência interna, com um *alfa de Cronbach* de 0.889. No que diz respeito aos fatores da ESC, só dois fatores apresentaram uma boa consistência interna, o fator IPC

com um *alfa de Cronbach* de 0.847 e o fator PA apresentando um *alfa de Cronbach* de 0.884. O *alfa de Cronbach* do fator RI revelou uma fraca consistência interna, com um valor de 0.677. Por último, o fator que apresentou a consistência interna mais fraca foi o EC, com um *alfa de Cronbach* de 0.597.

No presente estudo recorreu-se a uma versão adaptada da ESC à realidade do cuidador formal (Gregório, 2015; Rodrigues, 2015). Por exemplo, o item “*Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?*” foi adaptado para “*Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por desempenhar este trabalho de cuidador?*”

#### 2.3.4. Questionário do Estado de Saúde (*Medical Outcomes Study Short Form – SF-36*, v.2) (ver Anexo IV)

O SF-36 v.2 foi desenhado e construído com o objetivo de se tornar um indicador genérico do estado de saúde, a ser utilizado em estudos experimentais (Ware Jr & Sherbourne, 1992). É considerado uma medida geral de saúde, visto que pretende medir conceitos de saúde representantes de valores relevantes à funcionalidade e bem-estar de cada indivíduo (Ware Jr, 1987). Assim, este instrumento avalia a qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) do indivíduo (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2012). Os 36 itens do SF-36 v.2 são respondidos de acordo com uma escala de *Likert*, de três, cinco e seis pontos. A pontuação total do questionário varia de zero a 100 pontos, em que uma maior pontuação corresponde a uma melhor perceção que o indivíduo possui sobre o seu estado de saúde (Ferreira, 1998).

Este instrumento é formado por duas grandes dimensões de estado de saúde, física e mental, compostas por oito sub-dimensões (Ware Jr, 2000): *Função Física* (FF), *Desempenho Físico* (DF), *Dor Corporal* (DC), *Saúde Geral* (SG), *Vitalidade* (VT), *Função Social* (FS), *Desempenho Emocional* (DE) e *Saúde Mental* (SM). Existe, também, um item não contemplado em qualquer uma destas sub-dimensões, o item 2 (*Mudança de Saúde* [MS]). Este item é referente à perceção que o indivíduo tem do nível de mudança do seu estado de saúde geral (Ferreira, 1998).

A sub-dimensão FF, constituída por 10 itens, pretende medir diferentes níveis de limitação para executar atividades físicas, que variam das atividades menos cansativas



(e.g., tomar banho, vestir-se) às mais extenuantes (e.g., levantar objetos muito pesados), passando por atividades de esforço intermédio (e.g., levantar ou carregar as compras, subir lanços de escadas, inclinar-se, ajoelhar-se) (Ferreira, 2000). As escalas referentes aos desempenhos, DF (quatro itens) e DE (três itens), com o objetivo de medir a limitação relacionada com o tipo e quantidade de trabalho executado, incluem a percepção da existência de limitações no tipo de tarefas executadas, da necessidade de redução da quantidade de trabalho, e da dificuldade na realização das tarefas (Ferreira, 2000). Por sua vez, os dois itens da escala DC representam a intensidade e o desconforto causados pela dor, bem como o modo como esta interfere nas atividades (Ferreira, 2000). A subdimensão SG, formada por cinco itens, tem como objetivo medir a percepção holística que o indivíduo tem da sua saúde, tendo em conta a sua saúde atual, a resistência à doença e a aparência saudável (Ferreira, 2000). A escala relacionada com a vitalidade, VT, constituída por quatro itens, avalia os níveis de energia e de fadiga, permitindo identificar com maior facilidade as diferenças de bem-estar (Ferreira, 2000). Por sua vez, os dois itens da escala FS, têm como objetivo avaliar a quantidade e qualidade das atividades sociais e o impacto dos problemas, físicos e emocionais, nas atividades sociais do indivíduo (Ferreira, 2000). Os cinco itens da última escala, SM, são referentes a grandes dimensões da saúde mental: ansiedade, depressão, perda de controlo comportamental e/ou emocional e bem-estar psicológico (Ferreira, 2000).

Na validação do SF-36 v.2 para a população portuguesa, Severo, Santos, Lopes e Barros (2006) verificaram que o instrumento apresenta uma boa consistência interna, com as dimensões física e mental a obterem *alfas de Cronbach* de 0.82 e 0.87, respetivamente.

## **2.4. Procedimento de Recolha de Dados**

A investigação foi aprovada pela Comissão Especializada de Deontologia do Conselho Científico da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Para a recolha de dados recorreu-se a uma *pool* constituída por dados de quatro outros estudos e realizou-se uma recolha entre fevereiro e junho de 2017, na *Liga de Amigos do Hospital Garcia da Orta* (LAHGO), que acolheu este estudo, contando com a participação de indivíduos voluntários e na qualidade de cuidadores formais.

Numa primeira fase do estudo deu-se o contacto com a LAHGO, com o objetivo de se apresentarem e explicarem os objetivos da presente investigação e dos procedimentos de recolha de dados. Depois de a aceitação da realização da investigação, por parte da LAHGO, procedeu-se à recolha de dados.

No decorrer desta segunda fase deu-se o contacto com os cuidadores formais dos utentes, com o fim de se perceber a sua disponibilidade para a participação no estudo. Seguidamente, foram distribuídos os protocolos de consentimento informado (Anexo V) aos indivíduos que aceitaram participar. Nestes protocolos estavam explicados os objetivos e as condições (e.g., confidencialidade, participação voluntária) da investigação. Uma vez assinados os protocolos, deu-se a aplicação do Questionário Sociodemográfico (Anexo I), do *Inventário de Burnout de Copenhagen* (Anexo II; Fonte, 2011; Kristensen et al., 2005), da *Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit* (Anexo III; Sequeira, 2010) e do *Questionário do Estado de Saúde* (Anexo IV; Ferreira, 2000). Os documentos foram entregues, na sua totalidade, presencialmente e num envelope a cada participante. Estes eram acompanhados de uma cópia do consentimento informado, assinado pela investigadora. Durante o contacto com os cuidadores formais, facultou-se uma explicação pormenorizada sobre o preenchimento dos questionários e dos consentimentos informados, completados presencialmente para se esclarecerem potenciais dúvidas, sempre que possível.

Foi fornecido o contacto da investigadora a todos os participantes, caso existissem dúvidas ou comentários acerca da investigação.

## **2.5. Procedimento de Análise Estatística**

Procedente à realização da recolha de dados, criou-se uma base de dados com recurso ao programa *IBM SPSS Statistics 24*, através do qual se realizou a análise dos dados e o tratamento dos resultados obtidos nas escalas aplicadas.

Para verificar a normalidade da amostra e, assim, tomar a decisão entre a realização de testes paramétricos e não-paramétricos, recorreu-se aos testes *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*. Verificou-se que a amostra não respeita a premissa de existência de normalidade. Com o objetivo de verificar a existência de relações entre as variáveis em estudo, recorreu-se aos testes de correlação paramétricos (*Pearson*) e não

paramétricos (*Spearman*), consoante se verificava ou não a normalidade da distribuição da variável.

Para verificar as diferenças significativas existentes entre os diferentes grupos, relacionando as variáveis sociodemográficas dos cuidadores formais com os seus resultados nas escaladas de *Burnout* e *Sobrecarga*, recorreu-se à aplicação de testes paramétricos (*T teste* para amostras independentes) e não paramétricos (*U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*). Na criação dos grupos foi necessário recorrer à mediana das variáveis contínuas (i.e., Idade, Horas de Trabalho Semanal, Anos de Serviço), tal para definir os pontos de corte para as comparações. Seguidamente, e consoante a existência ou não de correlações significativas entre as variáveis, procedeu-se à testagem da preditividade dos resultados obtidos nas diferentes escalas aplicadas com base num teste de Regressões Múltiplas. Para verificar a fiabilidade do IBC e do ESC, recorreu-se à análise dos *Alfas de Cronbach*.



## CAPÍTULO III - ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados e analisados os resultados obtidos. No início, é apresentada a análise da fiabilidade do *Inventário de Burnout de Copenhagen* (IBC) e da *Escala de Sobrecarga do Cuidador* (ESC). Os resultados para o *Questionário do Estado de Saúde* não são considerados devido à amostra reduzida de participantes que completaram o questionário (n=8). Seguidamente, realiza-se uma análise descritiva da amostra face aos níveis de *Burnout* e Sobrecarga, percecionados pelos participantes. Após a realização do teste de Kolmogorov-Smirnov, foi possível concluir que apenas a variável *Impacto da Prestação de Cuidados* apresenta uma distribuição normal, as restantes variáveis, em estudo, apresentam uma distribuição que viola o pressuposto de normalidade. Assim, recorre-se ao teste de correlação de Spearman para se realizar uma análise correlacional dos instrumentos utilizados (IBC e ESC) e das variáveis contínuas (Anos de Serviço, Horas de Trabalho Semanal, Idade). Serão apresentadas as comparações entre grupos quanto à percepção de *Burnout* e Sobrecarga, obtidas através do teste de Kruskal-Wallis e o teste U de Mann-Whitney. Ambos os testes são destinados a amostras não-paramétricas e independentes, no entanto, existem diferenças. Enquanto que o teste de Kruskal-Wallis avalia as diferenças entre três ou mais grupos e compara o posto médio de cada grupo, o teste U de Mann-Whitney destina-se a comparar as medianas de apenas dois grupos e a verificar se estas diferem significativamente (Pallant, 2011). Finalmente, é analisado o poder preditivo dos resultados obtidos no IBC e na ESC, através da regressão múltipla linear.

### 3.1. Análise da fiabilidade do *Inventário de Burnout de Copenhagen* e da *Escala de Sobrecarga do Cuidador*

#### 3.1.1. Análise da fiabilidade do *Inventário de Burnout de Copenhagen*

Através da análise dos *alfas de Cronbach* do IBC (ver Tabela 3) foi possível verificar que este é um instrumento de elevada consistência interna, em que o *alfa de Cronbach* igualou a 0.921. No que diz respeito às escalas, a de *Burnout Pessoal* obteve um *alfa de Cronbach* foi de 0.881; a escala *Burnout relacionado com Utente*, por sua vez demonstrou possuir um alfa de 0.808; já a de *Burnout relacionado com o Trabalho* apresenta uma consistência interna mais baixa, obtendo um *alfa de Cronbach* de 0.772.

Quanto à relação dos itens com as escalas, todos os itens mostram uma forte correlação com as escalas *Burnout Pessoal* e *Burnout relacionado com o Utente*. No entanto, o item “*Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?*” apresenta uma correlação negativa e fraca com o instrumento no seu total, diminuindo os alfas da escala referida e da escala total. Assim, com a exclusão do item, o instrumento poderia obter uma consistência interna de 0.932, e a escala *Burnout relacionado com o Trabalho* obteria um alfa de 0.839.

Tabela 3

*Análise dos Alfas de Cronbach do Inventário de Burnout de Copenhagen*

<i>Escala/Itens</i>	<b>Média (Desvio- padrão)</b>	<b>Correlação Item-Total</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Alfa de Cronbach se item excluído</b>
<b><i>Burnout Pessoal</i></b>	253.28 (108.183)	-	0.881	-
Com que frequência se sente cansado?	53.62 (21.846)	0.652	-	0.867
Com que frequência se sente fisicamente exausto(a)?	49.66 (20.621)	0.753	-	0.852
Com que frequência se sente emocionalmente exausto(a)?	45.52 (21.784)	0.704	-	0.859
Com que frequência pensa “Eu não aguento mais isto”?	26.72 (25.963)	0.638	-	0.873
Com que frequência se sente fatigado(a)?	48.45 (22.481)	0.750	-	0.851
Com que frequência se sente frágil e suscetível a ficar doente?	29.31 (23.449)	0.673	-	0.864
<b><i>Burnout relacionado com o Utente</i></b>	-	-	0.808	-
Acha difícil trabalhar com idosos/doentes crónicos?	46.35 (26.930)	0.551	-	0.781
Acha frustrante trabalhar com idosos/doentes crónicos	22.22 (24.400)	0.562	-	0.779

Trabalhar com idosos/doentes crónicos deixa-o(a) sem energia?	32.64 (27.303)	0.569	-	0.777
Está cansado(a) de trabalhar com idosos/doentes crónicos?	17.88 (24.140)	0.632	-	0.765
Sente que dá mais do que recebe quando trabalha com idosos/doentes crónicos?	38.37 (28.955)	0.525	-	0.788
Alguma vez se questiona quanto tempo conseguirá continuar a trabalhar com idosos/doentes crónicos?	27.95 (29.343)	0.576	-	0.776
<b><i>Burnout relacionado com o Trabalho</i></b>	288.10 (121.052)	-	0.772	-
O seu trabalho é emocionalmente desgastante?	64.66 (25.102)	0.477	-	0.747
Sente-se esgotado por causa do seu trabalho?	46.21 (26.733)	0.698	-	0.704
O seu trabalho deixa-o(a) frustrado(a)?	23.79 (25.401)	0.525	-	0.737
Sente-se esgotado(a) no final de um dia de trabalho?	51.03 (28.241)	0.591	-	0.722
Sente-se exausto(a), de manhã, ao pensar em mais um dia de trabalho?	27.59 (25.975)	0.588	-	0.724
Sente que cada hora de trabalho é cansativa para si?	29.66 (25.513)	0.669	-	0.708
Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?	45.17 (29.062)	0.019	-	<b>0.839</b>
<b><i>Escala Total</i></b>	725.69 (311.563)	-	0.921	-

### 3.1.2. Análise da fiabilidade da Escala de Sobrecarga do Cuidador

Através da análise dos *alfas de Cronbach* da ESC (ver Tabela 4) foi possível verificar que este é um instrumento de elevada consistência interna, em que o *alfa de Cronbach* igualou a 0.888. No que diz respeito aos fatores, o fator *Percepção de Autoeficácia* obteve um *alfa de Cronbach* de 0.894; o fator *Impacto da Prestação de Cuidados*, por sua vez, demonstrou possuir um alfa de 0.849; o de *Relação Interpessoal* apresenta uma consistência interna com um *alfa de Cronbach* de 0.672; por fim, o fator denominado *Expectativas com o Cuidar* apresenta a consistência interna mais baixa de todo o instrumento, com um *alfa de Cronbach* de 0.594.

No entanto existem itens que baixam o valor da consistência interna de alguns dos fatores e da escala no seu total. O item “*Considera que o seu salário não equivale à sua dedicação neste trabalho?*” apresenta uma correlação fraca com o instrumento no seu total, apesar de positiva, diminuindo os alfas do fator *Expectativas com o Cuidar* e da escala total. Assim, com a exclusão do item, o instrumento poderia obter uma consistência interna 0.890, e o fator obteria um alfa de 0.604. O item “*Sente que as pessoas de quem cuida solicitam mais ajuda do que aquela que realmente necessitam?*”, é o item que apresenta a correlação mais baixa do fator *Impacto da Prestação de Cuidados*. Se retirado este item, o *alfa de Cronbach* do fator aumentaria para 0.853. No entanto, este item mostra contribuir positivamente para a consistência interna da escala no seu todo.

Tabela 4

*Análise dos Alfas de Cronbach da Escala de Sobrecarga do Cuidador*

<i>Escala/Itens</i>	<b>Média (Desvio- padrão)</b>	<b>Correlação Item-Total</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>Alfa de Cronbach se item excluído</b>
<i>Percepção de Autoeficácia</i>	5.32 (2.101)	-	0.894	-
Considera que poderia cuidar melhor das pessoas?	2.53 (1.078)	0.809	-	-
Sente que poderia fazer mais pelas pessoas de quem cuida?	2.81 (1.131)	0.809	-	-



<b><i>Impacto da Prestação de Cuidados</i></b>	24.05 (6.890)	-	0.849	-
Sente que as pessoas de quem cuida solicitam mais ajuda do que aquela que realmente necessitam?	3.12 (1.000)	0.319	-	<b>0.853</b>
Considera que devido ao tempo que dedica às pessoas de quem cuida já não dispõe de tempo suficiente para realizar outras tarefas da sua função na instituição?	2.85 (1.048)	0.569	-	0.833
Sente -se tenso(a) quando tem de cuidar e ainda tem outras tarefas por fazer?	2.83 (1.054)	0.583	-	0.832
Considera que as pessoas de quem cuida afetam negativamente o seu relacionamento com os outros membros da equipa?	1.46 (0.761)	0.374	-	0.847
Sente-se esgotado quando tem de estar junto às pessoas de quem cuida?	1.98 (0.910)	0.564	-	0.834
Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar das pessoas em causa?	2.18 (1.116)	0.635	-	0.827
Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido às pessoas que tem de cuidar?	1.77 (1.037)	0.560	-	0.834
Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por desempenhar este trabalho de cuidador?	1.61 (0.911)	0.593	-	0.832
Sente-se pouco à vontade em estabelecer relações sociais devido às pessoas que tem de cuidar?	1.29 (0.649)	0.435	-	0.844
Considera que deixou de realizar muitas atividades de lazer desde que iniciou este trabalho?	2.34 (1.227)	0.559	-	0.835

Em geral sente-se muito sobrecarregado por ser cuidador?	2.62 (1.068)	0.680	-	0.823
<b><i>Relação Interpessoal</i></b>	8.60 (2.871)	-	0.672	-
Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento das pessoas de que cuida?	1.41 (0.677)	0.445	-	0.620
Sente-se irritado(a) quando está junto às pessoas de quem cuida?	1.74 (0.756)	0.383	-	0.639
Sente-se incapaz de cuidar das pessoas de quem cuida por muito mais tempo?	1.86 (1.035)	0.436	-	0.620
Desejaria poder entregar as pessoas de quem cuida aos cuidados de outra pessoa?	1.75 (0.961)	0.478	-	0.595
Sente-se inseguro acerca do que deve fazer às pessoas de quem cuida?	1.84 (0.891)	0.416	-	0.624
<b><i>Expectativas com o Cuidar</i></b>	12.74 (3.386)	-	0.594	-
Tem receio pelo futuro destinado às pessoas de quem cuida?	2.75 (1.159)	0.359	-	0.535
Considera que as pessoas de quem cuida estão dependentes de si?	3.18 (1.237)	0.399	-	0.504
Acredita que as pessoas de quem cuida esperam que cuide delas como se fosse a única pessoa com quem elas pudessem contar?	3.03 (1.295)	0.479	-	0.436
Considera que o seu salário não equivale à sua dedicação neste trabalho?	3.79 (1.345)	0.274	-	<b>0.604</b>
<b><i>Escala Total</i></b>	50.70 (12.403)	-	0.888	-

### 3.2. Avaliar os níveis de *Burnout* e de Sobrecarga percecionados pelos Cuidadores Formais

#### 3.2.1. Caracterizar a amostra de Cuidadores Formais quanto ao *Burnout*

Antes de se realizar uma análise descritiva dos resultados da amostra, no que diz respeito às dimensões do IBC, verificou-se se estas apresentavam uma distribuição normal. Com a análise verificou-se que nenhuma das dimensões apresenta uma distribuição que vá de acordo com o pressuposto de normalidade.

Através da observação da Tabela 5, é possível verificar que esta amostra de cuidadores formais apresenta uma média de 31.48 (DP=19.136) a nível do *Burnout relacionado com o Utente*, verifica-se uma média de 41.84 (DP=17.442) para o *Burnout Pessoal*, e, por fim, uma média de 40.92 (DP=17.443) referente ao *Burnout relacionado com o Trabalho*. Esta análise permite verificar que, em média, esta amostra de cuidadores formais apresenta níveis mais elevados relacionados com o *Burnout Pessoal*.

Tabela 5

*Análise descritiva do Inventário de Burnout de Copenhagen*

	N			Desvio-	Amplitude		B>50*
	Válido	Média	Mediana	Padrão	Mínimo	Máximo	N (%)
<b><i>Burnout relacionado com o Utente</i></b>	145	31.58	29.17	19.136	0	100	22 (14.9%)
<b><i>Burnout Pessoal</i></b>	145	41.84	41.67	17.442	0	100	32 (21.6%)
<b><i>Burnout relacionado com o Trabalho</i></b>	144	40.92	41.07	17.443	3.57	92.86	32 (21.6%)

\* Ponto de Corte para o *Burnout* (Borritz & Kristensen, 2004)

Apesar de a amostra não apresentar níveis significativos de *Burnout*, tendo em conta o ponto de corte de 50 (Borritz & Kristensen, 2004), os resultados demonstram que

cerca de 14.9% dos cuidadores formais percecionam níveis significativos de *Burnout relacionado com o Utente*, 21.6% dos participantes manifesta níveis mais elevados relacionados com o *Burnout Pessoal*, e 21.6% dos cuidadores formais ultrapassaram o ponto de corte de 50 para o *Burnout relacionado com o Trabalho*.

### 3.2.2. Caracterizar a amostra de Cuidadores Formais quanto à Sobrecarga

Após a realização dos testes de normalidade, verificou-se que apenas o fator *Impacto da Prestação de Cuidados* apresenta uma distribuição que vai de encontro ao pressuposto de normalidade.

De acordo com os dados obtidos, e no que diz respeito à *Sobrecarga Total* experienciada pelos cuidadores formais, foi possível verificar que estes apresentam uma média de 50.70 (DP=12.403), indicando um nível de *Sobrecarga Ligeira* para esta amostra. No entanto, de acordo com os resultados obtidos, apenas 40 (27.0%) cuidadores formais não apresentaram quaisquer níveis de Sobrecarga, 51 (34.5%) indivíduos apresentam níveis de *Sobrecarga Ligeira*, e 32 (21.6%) apresentam níveis de *Sobrecarga Intensa*.

Quanto aos domínios de Sobrecarga, verifica-se que o *Impacto da Prestação de Cuidados* obteve uma média de 24.05 (DP=6.889), o domínio referente às *Expectativas com o Cuidar* demonstra uma média de 12.74 (DP=3.386), o domínio *Relação Interpessoal* apresenta uma média de 8.60 (DP=2.871), e, por fim, a *Perceção de Autoeficácia* obtém uma média de 5.32 (DP=2.101). A Tabela 6, abaixo representada, descreve, de forma mais detalhada, a análise descritiva realizada.

Tabela 6

*Análise descritiva da Escala de Sobrecarga do Cuidador*

	N Válido	Média	Mediana	Desvio- Padrão	Amplitude	
					Mínimo	Máximo
<b>Perceção de Autoeficácia</b>	124	5.32	5.50	2.101	2	10
<b>Relação Interpessoal</b>	123	8.60	8.00	2.871	5	25
<b>Impacto da Prestação de Cuidados</b>	123	24.05	24.00	6.889	11	55
<b>Expectativas com o Cuidar</b>	124	12.74	13.00	3.386	4	20
<b>Sobrecarga Total</b>	123	50.70	51.00	12.403	22	110

### 3.3. Análise da correlação entre as escalas de *Burnout* (IBC) e de Sobrecarga (ESC)

De um modo geral, e através da observação dos valores das relações entre o IBC e a ESC, recorrendo à *correlação de Spearman*, devido à não normalidade da distribuição da amostra, é possível verificar que estas são relações positivas e significativas ( $p < 0.01$ ) entre todas as escalas de *Burnout* e os fatores de Sobrecarga (ver Tabela 7). No que diz respeito à correlação entre as escalas de *Burnout* e o fator de *Sobrecarga Total*, obtiveram-se correlações positivas de magnitude forte e significativa ( $p < 0.01$ ). Tal sugere que existe uma tendência para que a Sobrecarga e o *Burnout* variem no mesmo sentido.

No entanto, observaram-se algumas correlações positivas de magnitude forte e significativa ( $p < 0.01$ ) entre determinados domínios de *Burnout* e Sobrecarga. Assim, a escala *Burnout relacionado com o Utente* apresenta uma correlação de 0.505 com o fator *Relação Interpessoal*, e de 0.609 com o fator *Impacto da Prestação de Cuidados*; a escala *Burnout Pessoal*, por sua vez, apresenta uma correlação de 0.719 com o fator *Impacto da Prestação de Cuidados*; por fim, o *Burnout relacionado com o Trabalho*, apresenta uma correlação de 0.687 com o fator *Impacto da Prestação de Cuidados*.

Tabela 7

*Correlação Não-Paramétrica entre os domínios de Burnout e de Sobrecarga*

	Domínios de Sobrecarga				
			Impacto da Prestação de	Expectativas com o Cuidar	Sobrecarga Total
Domínios de Burnout	Percepção de Autoeficácia	Relação Interpessoal	Cuidados		
<i>Burnout</i>					
<i>relacionado</i>	0.380*	<b>0.505*</b>	<b>0.609*</b>	0.344*	<b>0.652*</b>
<i>com o Utente</i>					
<i>Burnout</i>	0.378*	0.351*	<b>0.719*</b>	0.470*	<b>0.704*</b>
<i>Pessoal</i>					
<i>Burnout</i>					
<i>relacionado</i>	0.326*	0.401*	<b>0.687*</b>	0.373*	<b>0.654*</b>
<i>com o</i>					
<i>Trabalho</i>					

\* A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral).

### 3.4. Análise das relações existentes entre as características sociodemográficas, dos cuidadores, e os valores de *Burnout* (IBC) e *Sobrecarga* (ESC)

Realizou-se uma análise das correlações, através da *correlação de Spearman* dada a natureza não paramétrica das variáveis para verificar a existência de relações entre as variáveis contínuas (Anos de Serviço, Horas de Trabalho Semanal, Idade) e os resultados obtidos, pelos cuidadores formais, no IBC e na ESC.

No que diz respeito à relação entre essas variáveis e as três escalas de *Burnout*, não foram identificadas relações significativas para qualquer uma das variáveis. No entanto, o mesmo não se deu perante a *Escala de Sobrecarga do Cuidador*. Foi possível verificar que a quantidade de Anos de Serviço apresenta apenas uma correlação significativa ( $p < 0.01$ ) com o domínio *Relação Interpessoal*, esta relação é muito intensa e tem um sentido negativo (ver Tabela 8). O mesmo fenómeno foi verificado para com a variável Idade, que não apresenta quaisquer correlações significativas com a maioria dos domínios de *Sobrecarga*, mas demonstra ter uma correlação negativa significativa

( $p < 0.05$ ) com o domínio *Relação Interpessoal*, apesar de não se apresentar como uma relação muito intensa (ver Tabela 8). Significando que, quando uma das variáveis aumenta, a outra diminui.

Tabela 8

*Correlação Não-Paramétrica entre Anos de Serviço e a Idade com os resultados obtidos na ESC*

	Percepção de Autoeficácia	Relação Interpessoal	Impacto da Prestação de Cuidados	Expectativas com o Cuidar	Sobrecarga Total
<b>Anos de Serviço</b>	-0.094	<b>-0.248*</b>	-0.015	0.082	-0.052
<b>Idade</b>	-0.048	<b>-0.232**</b>	0.084	0.017	0.020

\* A correlação é significativa no nível 0.01 (bilateral).

\*\* A correlação é significativa no nível 0.05 (bilateral).

### 3.5. Comparação de diferentes grupos quanto aos resultados obtidos no *Inventário de Burnout de Copenhagen* e na *Escala de Sobrecarga do Cuidador*

3.5.1. *Explorar as diferenças das respostas, em função dos diferentes níveis de Escolaridade, e a percepção de Burnout (IBC) e de Sobrecarga (ESC)*

Recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes e não-paramétricas, no entanto, este não detetou diferenças significativas na distribuição dos resultados dos instrumentos entre as diferentes categorias de escolaridade.

3.5.2. *Explorar as diferenças das respostas, em função do Estado Civil, para o Burnout (IBC) e Sobrecarga (ESC)*

Recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis* para amostras independentes e não-paramétricas, e verificou-se que existem diferenças significativas nos resultados entre os grupos de Estado Civil para as *Relações Interpessoais* ( $p=0.033$ ). Os resultados indicam que, quem pertence à categoria de Solteiro ( $Md=71.69$ ), tende a perceber mais interferências nas suas relações interpessoais, em comparação com os cuidadores que

pertencem à categoria Divorciado/Viúvo (Md=61.69), e com os indivíduos que estão Casados/União de Facto (Md=53.99).

### *3.5.3. Explorar as diferenças das respostas, em função do número de filhos, para o Burnout (IBC) e Sobrecarga (ESC)*

Recorreu-se ao *teste de Kruskal-Wallis* para amostras independentes e não-paramétricas, e verificou-se que existem diferenças significativas na distribuição dos resultados entre os grupos, associados à presença e quantidade de filhos, para as *Relações Interpessoais* ( $p=0.017$ ). Os resultados indicam que quem refere não ter filhos tende a percecionar mais interferências nas suas relações interpessoais (Md=70.90), em comparação com os cuidadores que têm um ou dois filhos (Md=59.77), e com os indivíduos que estão Casados/União de Facto (Md=41.21).

### *3.5.4. Explorar as diferenças de respostas, em função das Categorias Profissionais, para o Burnout (IBC) e Sobrecarga (ESC)*

Recorreu-se ao *teste de Kruskal-Wallis* para amostras independentes e não-paramétricas, e verificou-se que existem diferenças significativas nos resultados entre os grupos, associados às diferentes Categorias Profissionais, para as *Expectativas com o Cuidar* ( $p=0.045$ ). Os resultados indicam que os indivíduos que pertencem à categoria profissional de Ação Médica tendem a demonstrar mais medos e receios associados ao ato de cuidar (Md=69.57), em comparação com os que pertence à categoria Outros (Md=62.50), e aos que pertencem à categoria de Técnicos de Saúde (Md=53.52), que tendem a relatar menos medos.

### *3.5.5. Explorar as diferenças nas respostas, entre géneros, para o Burnout (IBC) e Sobrecarga (ESC)*

Sendo o sexo uma variável não paramétrica, composta por apenas dois grupos independentes, recorreu-se ao *teste U de Mann-Whitney* para explorar as diferenças nas respostas de homens e mulheres

Existem diferenças significativas entre os resultados obtidos por homens e mulheres para as *Relações Interpessoais* ( $p=0.011$ ), as *Expectativas com o Cuidar*



( $p=0.015$ ) e para a *Sobrecarga Total* ( $p=0.016$ ), sendo que os cuidadores formais do sexo feminino apresentam medianas mais elevadas (ver Tabela 9). Os resultados indicam que as mulheres tendem a perceber uma maior interferência do ato de cuidar nas suas relações interpessoais, tendem a perceber mais medos e receios associados, percebendo, igualmente, maiores níveis de sobrecarga ligada ao ato de cuidar.

Tabela 9

*Descrição das diferenças entre as respostas de homens e mulheres ao Inventário de Burnout de Copenhagen (IBC) e à Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)*

	U de Mann-			Mediana	
	Whitney	Z	P	Masculino	Feminino
<b>Relação Interpessoal (ESC)</b>	1272.000	-2.554	<b>0.011</b>	<b>7</b>	<b>9</b>
<b>Expectativas com o Cuidar (ESC)</b>	1312.000	-2.433	<b>0.015</b>	<b>12</b>	<b>13</b>
<b>Sobrecarga Total (ESC)</b>	1295.500	-2.414	<b>0.016</b>	<b>47</b>	<b>53</b>
<b>Burnout relacionado com o Utente (IBC)</b>	1942.000	-1.626	0.104		
<b>Burnout Pessoal (IBC)</b>	2044.000	-1.197	0.231		
<b>Burnout relacionado com o Trabalho (IBC)</b>	1977.000	-1.389	0.165		
<b>Perceção de Autoeficácia (ESC)</b>	1656.500	-0.638	0.524		
<b>Impacto da Prestação de Cuidados (ESC)</b>	1421.500	-1.754	0.080		

### 3.5.6. Explorar as diferenças nas respostas, em função da idade, para o Burnout (IBC) e Sobrecarga (ESC)

Sendo a idade uma variável não paramétrica, composta por apenas dois grupos independentes, recorreu-se ao teste *U de Mann-Whitney* para explorar as diferenças nas respostas de indivíduos com uma idade igual ou inferior a 43 anos e de indivíduos com uma idade igual ou superior a 44 anos.

Existem diferenças significativas entre os resultados obtidos dos grupos para apenas uma variável, *Relação Interpessoal* ( $p=0.011$ ), sendo que os indivíduos mais novos tendem a relatar mais interferências nas suas relações interpessoais ( $Md=9$ ), em comparação com os indivíduos mais velhos ( $Md=7$ ).

### 3.5.7. Explorar as diferenças nas respostas, em função do trabalho por turnos, para o Burnout (IBC) e Sobrecarga (ESC)

Sendo o trabalho por turnos uma variável não paramétrica, composta por dois grupos independentes (trabalhar por turnos, não trabalhar por turnos), recorreu-se ao teste *U de Mann-Whitney* para explorar as diferenças existentes, na perceção de *Burnout* e de *Sobrecarga*, entre os subgrupos considerados. Não foram identificadas diferenças significativas.

### 3.5.8. Explorar as diferenças nas respostas, em função do desejo de mudar de profissão, para o Burnout (IBC) e Sobrecarga (ESC)

Sendo o Desejo de Mudar de Profissão uma variável não paramétrica, composta por dois grupos independentes, recorreu-se ao teste *U de Mann-Whitney* para explorar as diferenças existentes, na perceção de *Burnout* e de *Sobrecarga*, entre os indivíduos que demonstram desejo de mudar de profissão e aqueles que não pretendem mudar de profissão.

Existem diferenças significativas entre indivíduos que desejam mudar de profissão na escala *Burnout relacionado com o Utente* ( $p=0.003$ ) e na escala *Burnout Pessoal* ( $p=0.005$ ), sendo que os indivíduos que demonstram desejo de mudar de profissão são aqueles que tendem a obter resultados mais elevados (ver Tabela 10).

Tabela 10

*Descrição das diferenças nas respostas, tendo em conta o desejo de mudar de profissão, ao Inventário de Burnout Copenhagen (IBC) e à Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)*

	U de Mann- Whitney	Z	P	Mediana	
				Sim	Não
<b>Burnout relacionado com o Utente (IBC)</b>	1140.500	-3.022	<b>0.003</b>	<b>41.67</b>	<b>29.17</b>
<b>Burnout Pessoal (IBC)</b>	1177.500	-2.839	<b>0.005</b>	<b>45.83</b>	<b>37.50</b>
<b>Burnout relacionado com o Trabalho (IBC)</b>	1348.000	-1.760	0.078		
<b>Perceção de Autoeficácia (ESC)</b>	1043.500	-1.081	0.280		
<b>Relação Interpessoal (ESC)</b>	1038.000	-1.033	0.301		
<b>Impacto da Prestação de Cuidados (ESC)</b>	994.500	-1.310	0.190		
<b>Expectativas com o Cuidar (ESC)</b>	1039.000	-1.100	0.272		
<b>Sobrecarga Total (ESC)</b>	969.500	-1.472	0.141		

*3.5.9. Explorar as diferenças nas respostas, tendo em conta as faltas dadas no último ano, para o Burnout (IBC) e Sobrecarga (ESC)*

Sendo a variável *Faltas no Último Ano* não paramétrica, composta por dois grupos independente, recorreu-se ao teste *U de Mann-Whitney* para explorar as diferenças existentes nas respostas de indivíduos que relataram nunca/raramente terem faltado, e daqueles que faltaram algumas/bastantes vezes no último ano de trabalho.

Existem diferenças significativas entre indivíduos que nunca/raramente faltam e aqueles que faltam algumas/bastantes vezes para a escala *Burnout relacionado com o Utente* ( $p=0.010$ ), para o *Burnout Pessoal* ( $p=0.017$ ) e para a escala *Burnout relacionado com o Trabalho* ( $p=0.050$ ). Assim, os indivíduos com maior frequência de faltas tendem a demonstrar níveis de *Burnout* mais elevados (ver Tabela 11).

Tabela 11

*Descrição das diferenças entre as respostas, tendo em conta a frequência de faltas, ao Inventário de Burnout de Copenhagen (IBC) e à Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)*

	U de Mann-			Mediana	
	Whitney	Z	P	N/R*	A/B **
<b>Burnout relacionado com o Utente (IBC)</b>	1292.500	-2.567	<b>0.010</b>	<b>29.17</b>	<b>41.67</b>
<b>Burnout Pessoal (IBC)</b>	1328.000	-2.396	<b>0.017</b>	<b>37.50</b>	<b>50.00</b>
<b>Burnout relacionado com o Trabalho (IBC)</b>	1371.500	-1.964	<b>0.050</b>	<b>39.29</b>	<b>46.43</b>
<b>Perceção de Autoeficácia (ESC)</b>	1245.000	-0.959	0.338		
<b>Relação Interpessoal (ESC)</b>	1073.000	-1.767	0.077		
<b>Impacto da Prestação de Cuidados (ESC)</b>	1146.500	-1.307	0.191		
<b>Expectativas com o Cuidar (ESC)</b>	1334.500	-0.157	0.875		
<b>Sobrecarga Total (ESC)</b>	1123.000	-1.450	0.147		

\* *Faltar Nunca/Raramente*

\*\* *Faltar Algumas/Bastantes vezes*

### **3.6. Análise dos preditores dos resultados obtidos no *Inventário de Burnout de Copenhagen (IBC)* e na *Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)***

Foi realizada uma regressão múltipla linear, com o objetivo de se explorar mais aprofundadamente as relações entre as diferentes variáveis, e observar qual conjunto de variáveis é o melhor preditor para os resultados de *Burnout (IBC)* e *Sobrecarga (ESC)*. Todas as variáveis foram forçadas no modelo.

### 3.6.1. Regressão múltipla linear para a variável dependente *Burnout Pessoal*

Recorrendo-se à análise do modelo explicativo do *Burnout Pessoal*, foi possível explicar-se cerca de 75.5% da variância. Apenas quatro variáveis apresentam ter uma contribuição significativa para o *Burnout Pessoal*, sendo estas a *Sobrecarga Total* ( $p=0.000$ ), com uma maior contribuição, o *Burnout relacionado com o Trabalho* ( $p=0.000$ ), a *Relação Interpessoal* ( $p=0.027$ ) e a *Percepção de Autoeficácia* ( $p=0.025$ ) (ver Tabela 12). A partir da análise dos Betas, verifica-se que os níveis de *Sobrecarga Total* ( $\beta=0.749$ ) e de *Burnout relacionado com o Trabalho* ( $\beta=0.415$ ) são os que mais contribuem para a variância do *Burnout Pessoal*. As variáveis *Relação Interpessoal* e *Percepção de Autoeficácia* apresentam valores de Beta negativos. Tal indica que quando o valor de uma das variáveis aumenta, este é acompanhado por uma diminuição na outra variável.

Tabela 12

*Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente Burnout Pessoal*

Variáveis preditoras	R	R quadrado		B	T	P
	quadrado	ajustado	$\rho$			
	0.755	0.706	0.000			
<b>Burnout relacionado com o Trabalho (IBC)</b>				<b>0.415</b>	0.363	<b>0.000</b>
<b>Percepção Autoeficácia (ESC)</b>				<b>-0.167</b>	4.401	<b>0.025</b>
<b>Relação Interpessoal (ESC)</b>				<b>-0.237</b>	-2.285	<b>0.027</b>
<b>Sobrecarga Total</b>				<b>0.749</b>	-0.740	<b>0.000</b>

### 3.6.2. Regressão múltipla linear para a variável dependente *Burnout relacionado com o Utente*

Analisando o modelo explicativo do *Burnout relacionado com o Utente*, foi possível explicar-se cerca de 64.0% da variância, no entanto, apenas duas variáveis contribuem significativamente para a variabilidade. Estas são o *Burnout relacionado com o Trabalho* ( $p=0.000$ ) e a variável *Relação Interpessoal* ( $p=0.025$ ) (ver Tabela 13). No

entanto, os resultados do *Burnout relacionado com o Trabalho* ( $\beta=0.425$ ) são os que mais contribuem para a variância do *Burnout relacionado com Utente*.

Tabela 13

*Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente Burnout relacionado com o Utente*

Variáveis preditoras	R	R quadrado	$\rho$	B	T	P
	0.640	0.569	0.000			
<b>Burnout relacionado com o Trabalho (IBC)</b>				<b>0.425</b>	3.627	<b>0.000</b>
<b>Relação Interpessoal (ESC)</b>				<b>0.214</b>	2.280	<b>0.025</b>

### 3.6.3. Regressão múltipla linear para a variável dependente *Burnout relacionado com o Trabalho*

Através da análise do modelo explicativo do *Burnout relacionado com o Trabalho*, foi possível explicar-se cerca de 75.7% da variância. São quatro as variáveis que mais contribuem, de forma significativa, para a variância. Sendo estas o *Burnout Pessoal* ( $p=0.000$ ), o *Impacto da Prestação de Cuidados* ( $p=0.006$ ), o *Burnout relacionado com o Utente* ( $p=0.000$ ) e o Sexo dos participantes ( $p=0.003$ ) (ver Tabela 14). analisando os valores de Beta, é possível concluir que os níveis de *Burnout Pessoal* ( $\beta=0.415$ ) e do *Impacto da Prestação de Cuidados* ( $\beta=0.312$ ) são os que mais contribuem para a variância de resultados do *Burnout relacionado com o Trabalho*. O Sexo é a única variável que apresenta um Beta negativo, indicando que o aumento do valor de uma das variáveis faz-se acompanhar por uma diminuição na outra.

Tabela 14

*Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente Burnout relacionado com o Trabalho*

Variáveis predictoras	R	R quadrado		$\rho$	$\beta$	$T$	$P$
	quadrado	ajustado					
	0.757	0.709		0.000			
<b>Sexo</b>					<b>-0.170</b>	-3.089	<b>0.003</b>
<b>Burnout Pessoal (IBC)</b>					<b>0.415</b>	4.459	<b>0.000</b>
<b>Burnout relacionado com o Utente (IBC)</b>					<b>0.286</b>	3.627	<b>0.000</b>
<b>Impacto da Prestação de Cuidados (ESC)</b>					<b>0.312</b>	2.804	<b>0.006</b>

#### 3.6.4. Regressão múltipla linear para a variável dependente *Percepção de Autoeficácia*

Recorrendo-se à análise do modelo explicativo da *Percepção de Autoeficácia*, foi possível explicar-se cerca de 32.5% da variância. No entanto, apenas a Escolaridade se apresenta como contribuindo significativamente ( $p=0.030$ ) para a variância deste modelo (ver Tabela 15).

Tabela 15

*Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente Percepção de Autoeficácia*

Variáveis predictoras	R	R quadrado		$\beta$	$T$	$P$
	quadrado	ajustado	P			
	0.325	0.190	0.003			
<b>Escolaridade</b>				<b>0.372</b>	0.207	<b>0.030</b>

#### 3.6.5. Regressão múltipla linear para a variável dependente *Expectativas com o Cuidar*

Analisando-se o modelo explicativo das *Expectativas com o Cuidar*, foi possível explicar-se cerca de 47.0% da variância, sendo que apenas o *Impacto da Prestação de*

*Cuidados* parece contribuir significativamente ( $p=0.011$ ) para a variância do modelo (ver Tabela 16).

Tabela 16

*Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente Expectativas com o Cuidar*

Variáveis preditoras	R	R quadrado	$\rho$	$\beta$	$T$	$P$
	quadrado	ajustado				
	0.470	0.364	0.000			
<b>Impacto da Prestação de Cuidados (ESC)</b>				<b>0.431</b>	2.609	<b>0.011</b>

### 3.6.6. Regressão múltipla linear para a variável dependente *Relação Interpessoal*

Através do método de regressão múltipla, foi possível explicar 59.3% da variabilidade da variável *Relação Interpessoal*. São apresentadas quatro variáveis que têm uma contribuição significativa para o modelo, sendo o *Impacto da Prestação de Cuidados* ( $p=0.000$ ) a que apresenta uma maior contribuição, seguida da Escolaridade ( $p=0.012$ ), da Categoria Profissional dos cuidadores formais ( $p=0.016$ ) e do *Burnout relacionado com o Utente* ( $p=0.025$ ) (ver Tabela 17). A partir da análise dos Betas, é possível verificar que as variáveis que mais contribuem para a variância da amostra são o *Impacto da Prestação de Cuidados* ( $\beta=0.593$ ), e a Escolaridade ( $\beta= -0.332$ ), indicando que, quanto mais elevados forem os níveis de escolaridade, mais baixa tenderá a ser a percepção de interferência do ato de cuidar nas relações interpessoais.



Tabela 17

*Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente Relação Interpessoal*

Variáveis preditoras	R	R quadrado	$\rho$	B	T	P
	quadrado	ajustado				
	0.593	0.512	0.000			
Escolaridade				<b>-0.332</b>	-2.558	<b>0.012</b>
Categoria Profissional				<b>0.295</b>	2.454	<b>0.016</b>
Burnout relacionado com o Utente (IBC)				<b>0.242</b>	2.280	<b>0.025</b>
Impacto da Prestação de Cuidados (ESC)				<b>0.593</b>	4.330	<b>0.000</b>

### 3.6.7. Regressão múltipla linear para a variável dependente Impacto da Prestação de Cuidados

Analisando o modelo explicativo do *Impacto da Prestação de Cuidados*, verificou-se que é possível explicar 80.9% da variabilidade. Foram encontradas seis variáveis que contribuem significativamente para o modelo, sendo estas o *Burnout Pessoal* ( $p=0.000$ ) com a maior contribuição, seguido da *Relação Interpessoal* ( $p=0.000$ ), do *Burnout relacionado com o Trabalho* ( $p=0.006$ ), da Idade ( $p=0.007$ ), das *Expectativas com o Cuidar* ( $p=0.011$ ) e, finalmente, do Desejo de Mudar de Profissão com uma contribuição marginalmente significativa ( $p=0.048$ ) (ver Tabela 18). Da análise dos valores dos Betas, verifica-se que as variáveis que mais contribuem para a variância de resultados no *Impacto da Prestação de Cuidados*, são o *Burnout Pessoal* ( $\beta=0.331$ ) e a variável *Relação Interpessoal* ( $\beta=0.278$ ). Apenas uma variável apresenta um valor de Beta negativo, o *Desejo de Mudar de Profissão*, remetendo para a possibilidade de que, quanto maior for o desejo de mudar de profissão, menor tenderá a ser o impacto percecionado da prestação de cuidados no funcionamento físico e mental do cuidador. No entanto, esta variável tem um poder preditivo muito fraco e marginalmente significativo ( $p=0.048$ ).

Tabela 18

*Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente Impacto da Prestação de Cuidados*

Variáveis preditoras	R	R quadrado	$\rho$	B	T	P
	quadrado	ajustado				
	0.809	0.771	0.000			
<b>Idade</b>				<b>0.160</b>	2.741	<b>0.007</b>
<b>Desejo de Mudar de Profissão</b>				<b>-0.103</b>	-2.002	<b>0.048</b>
<b>Burnout relacionado com o Trabalho (IBC)</b>				<b>0.245</b>	2.804	<b>0.006</b>
<b>Burnout Pessoal (IBC)</b>				<b>0.331</b>	3.935	<b>0.000</b>
<b>Expectativas com o Cuidar (ESC)</b>				<b>0.155</b>	2.609	<b>0.011</b>
<b>Relação Interpessoal (ESC)</b>				<b>0.278</b>	4.330	<b>0.000</b>

### 3.6.8. Regressão múltipla linear para a variável dependente Sobrecarga Total

Por fim, com a análise do modelo de *Sobrecarga Total*, tornou-se possível explicar 70.4% da variância do modelo. São quatro as variáveis com contribuições significativas para a variabilidade do modelo. Estas são o *Burnout Pessoal* ( $p=0.000$ ), com a maior contribuição significativa, o *Burnout relacionado com o Utente* ( $p=0.002$ ), o *Burnout relacionado com o Trabalho* ( $p=0.031$ ), e o Sexo com uma contribuição marginalmente significativa ( $p=0.049$ ) para o modelo (ver Tabela 19). Após a análise dos Betas, verificou-se que a variável que melhor prediz os níveis de Sobrecarga é a variável *Burnout Pessoal* ( $\beta=0.417$ ).

Tabela 19

*Análise de Regressão linear múltipla da variável dependente Sobrecarga Total*

<b>Variáveis preditoras</b>	<b>R</b>	<b>R quadrado</b>	<b><math>\rho</math></b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><i>T</i></b>	<b><i>P</i></b>
	0.704	0.655	0.000			
<b>Sexo</b>				<b>0.121</b>	1.992	<b>0.049</b>
<b>Burnout relacionado com o Utente (IBC)</b>				<b>0.275</b>	3.220	<b>0.002</b>
<b>Burnout relacionado com o Trabalho (IBC)</b>				<b>0.233</b>	2.194	<b>0.031</b>
<b>Burnout Pessoal (IBC)</b>				<b>0.417</b>	4.285	<b>0.000</b>



## CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO

A amostra deste estudo é constituída, maioritariamente, por indivíduos do sexo feminino, cuja média de idades se situa nos 41 anos. Outros estudos têm verificado que estas são características dominantes dos cuidadores formais de idosos (Alexopoulos, Burdorf, & Kalokerinou, 2003; Caçote & Faria, 2016; Córdoba & Aparicio, 2014; Lopes, Mitre, Coelho, & de Queiroz, 2012; Miyamoto, Tachimori, & Ito, 2010). O fenómeno de maior predominância de indivíduos do sexo feminino, em profissões associadas ao ato de cuidar, tem vindo a ser denominado, na literatura, por processo de feminização do cuidado (e.g., Vicente & Delgado, 2009), devido ao ato de cuidar, em termos sociais e culturais, estar mais associado a uma simbologia feminina e doméstica (Vicente & Delgado, 2009).

Outro dado sociodemográfico de referência está relacionado com os níveis de escolaridade da amostra. Foi possível verificar que 54.7% da amostra não completou mais do que o ensino básico e/ou secundário. São diversos os estudos que verificam os baixos níveis de escolaridade e especialização dos cuidadores formais de idosos (Caçote & Faria, 2016; Lopes, Mitre, Coelho, & de Queiroz, 2012; Ribeiro, Ferreira, de Magalhães, Moreira, & Ferreira e Ferreira, 2009). O baixo nível educacional, e de competências formais, pode influenciar negativamente o desempenho laboral dos cuidadores e o seu comportamento quanto ao indivíduo alvo de cuidados (Beer et al., 2010; Figueiredo, Guerra, Marques, & Sousa, 2012; Zuidema, Derkensen, Verhey, & Koopmans, 2007). Engström, Skytt e Nilsson (2011), no seu estudo com 572 cuidadores de idosos, observaram que os cuidadores com baixas competências formais tendiam a percecionar níveis mais elevados de carga laboral e demonstrar mais sintomas de *stress* e problemas de sono. A literatura tem vindo a demonstrar que a oferta de uma intervenção educacional, aos cuidadores formais de idosos, pode melhorar a qualidade de vida, tanto dos cuidadores como dos utentes (e.g., Beer et al., 2010), e a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Josefsson, Sonde, & Wahlin, 2007).

Observando os níveis de *Burnout* dos cuidadores formais, verifica-se que, em média, os cuidadores formais tendem a percecionar baixos níveis de *Burnout*, tendo em conta o ponto de corte <50 (Borritz & Kristensen, 2004). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Zamora e Sánchez (2008). Os autores, a partir de uma amostra

de 56 cuidadores de uma instituição pública mexicana, observaram que metade dos participantes percecionava níveis de *Burnout* inexistentes ou baixos.

No entanto, duas das escalas, do *Inventário de Burnout de Copenhagen*, tendem a apresentar níveis de *Burnout*, mais próximos do ponto de corte conceptualizado: *Burnout Pessoal* e *Burnout relacionado com o Trabalho*. Tal indica que existe uma maior tendência para os cuidadores formais percecionarem um grau de fadiga e exaustão, física e psicológica, associado às experienciadas individuais e ao trabalho (Kristensen, Borritz, Villadsen, & Christensen, 2005). A escala com uma menor prevalência está associada à exaustão, física e psicológica, relacionada com o trabalho direto com os utentes: *Burnout relacionado com o Utente*.

Recorrendo a uma análise mais fina dos resultados, verificou-se, apesar de a média indicar que os cuidadores formais de idosos tendem a experienciar baixos níveis de *Burnout*, existem indivíduos que experienciam níveis que ultrapassam o ponto de corte convencional. Cerca de 14.9% dos cuidadores formais apresentam elevados níveis de fadiga e exaustão, física e psicológica, associada à interação com os utentes (*Burnout relacionado com o Utente*), 21.6% dos participantes revelam níveis significativos de fadiga e exaustão relacionados com a sua experiência pessoal (*Burnout Pessoal*) e, igualmente, 21.6% dos participantes percecionam níveis elevados de fadiga e exaustão ligados ao seu trabalho (*Burnout relacionado com o Trabalho*). No estudo de Margarido (2016), verificaram-se resultados semelhantes, na medida em que as escalas com maior prevalência são as de *Burnout relacionado com o Trabalho* (33.09%) e de *Burnout Pessoal* (29.5%), e a escala com menor prevalência é a de *Burnout relacionado com o Utente* (20.86%). No entanto, no processo de validação do *Inventário de Burnout de Copenhagen* para a população portuguesa (Fonte, 2011) observou-se uma maior prevalência de *Burnout relacionado com o Utente* (31.6%), em comparação com a percentagem de cuidadores com níveis elevados de *Burnout Pessoal* (31.1%). Um dado consistente, entre estes estudos, está na maior prevalência de *Burnout relacionado com o Trabalho*. Coloca-se como hipótese de a diferença dos resultados estar nas características das amostras, em termos de categoria profissional. Enquanto que o estudo de Fonte (2011) se deu com uma amostra de enfermeiros, o presente estudo recorreu a uma amostra constituída por diversas categorias profissionais (e.g., auxiliares de ação médica, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos).

A partir da observação dos níveis de Sobrecarga, verifica-se que, em média, os cuidadores formais tendem a perceber níveis de sobrecarga ligeira. No entanto, uma análise mais minuciosa revela que apenas 27.0% dos participantes não relatam experienciar sobrecarga. A maioria dos cuidadores formais tende a perceber níveis de sobrecarga ligeira (34.5%) e intensa (21.6%). Córdoba e Aparicio (2014), num estudo com o objetivo de comparar as consequências do ato de cuidar em cuidadores formais e informais, verificaram que 33.9% dos cuidadores formais percebiam níveis de sobrecarga intensa. Mais recentemente, Liang e colaboradores (2017), num estudo com cuidadores formais chineses, observaram que estes profissionais tendiam a demonstrar níveis elevados de Sobrecarga, o que vai de encontro aos níveis de Sobrecarga percebidos por cuidadores de outras nacionalidades (e.g., Rosa et al., 2008).

Dada a vulnerabilidade demonstrada por este grupo de trabalhadores e a tendência de sofrerem elevados níveis de Sobrecarga, e depressão (Adelman, Tanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014; Bevans & Sternberg, 2012), é necessário o desenvolvimento de intervenções que promovam a saúde, física e emocional, destes cuidadores (Beers et al., 2010). Tal pode ser obtido através da promoção do *Job Empowerment* (Laschinger, Finegan, & Shamian, 2001) e da promoção de estilos de *coping* associados a emoções mais positivas (Tugade, Fredrickson, & Barrett, 2004).

No que diz respeito às dimensões da Sobrecarga, verificou-se que o *Impacto da Prestação de Cuidados* e as *Expectativas com o Cuidar*, demonstram os resultados mais elevados. Tal indica que os cuidadores tendem a registar níveis mais elevados se sobrecarga objetiva, esta que está relacionada com o impacto direto do ato de cuidar no cuidador formal e aos medos e receios ligados à prestação de cuidados. É possível que os cuidadores formais de idosos, dadas as exigências do ato de cuidar (e.g. físicas, emocionais, mentais), estejam mais suscetíveis a sofrerem de níveis mais elevados de sobrecarga (Sequeira, 2010).

A análise da consistência interna do IBC permitiu constatar que o instrumento, em si, possui uma boa consistência interna. O mesmo pode ser verificado para as dimensões que compõem o instrumento, todas apresentam uma boa consistência interna. Estes resultados vão de encontro aos de outros estudos (Borritz & Kristensen, 2004; Fonte, 2011; Margarido, 2016).

A partir da análise da correlação dos itens, foi possível verificar que o item “*Tem energia suficiente para a família e os amigos durante o tempo de lazer?*” apresenta uma correlação negativa e fraca com a escala, na sua globalidade, afetando negativamente a consistência interna da dimensão a que pertence, *Burnout relacionado com o Trabalho*. Por sua vez, esta dimensão é a que apresenta a consistência interna mais baixa de todas as dimensões do IBC. Sendo este excluído, a escala apresentaria uma consistência interna mais elevada. É possível que existam dificuldades na interpretação deste item, visto que se encontra invertido, podendo ser esta uma justificação para existir uma correlação negativa entre o mesmo e a escala.

A análise da consistência interna da ESC permitiu auferir que o instrumento, em si, possui uma boa consistência interna. No entanto, com a observação dos *Alfas de Cronbach* verificou-se que os fatores *Relação Interpessoal* e *Expectativas com o Cuidar* apresentam uma consistência interna relativamente mais baixa, em comparação com os outros fatores do instrumento, o que vai de encontro aos resultados obtidos por Margarido (2016). No entanto, no processo de adaptação da Escala de Sobrecarga do Cuidador, foram obtidos resultados diferentes no que diz respeito ao fator *Relação Interpessoal*, este apresentou uma consistência interna moderada (Sequeira, 2010).

Foram encontrados dois itens que baixam a consistência interna dos fatores a que pertencem. O item “*Considera que o seu salário não equivale à sua dedicação neste trabalho?*”, se excluído, elevaria a consistência interna do fator a que pertence, *Expectativas com o Cuidar*, e do instrumento no seu total. Por sua vez, o item “*Sente que as pessoas de quem cuida solicitam mais ajuda do que aquela que realmente necessitam?*”, se excluído, elevaria apenas a consistência do fator *Impacto da Prestação de Cuidados* e não do instrumento no seu total, o que pode indicar uma distribuição dos itens diferente à obtida noutros estudos (Sequeira, 2010).

A observação das relações entre *Burnout* e *Sobrecarga* demonstra que, quanto maior for o nível de *Sobrecarga Total*, percecionado pelos cuidadores formais, maior o nível de *Burnout* percecionado em todas as suas dimensões. Tal vai de encontro às conclusões de Zamora e Sánchez (2008) e de Margarido (2016), que observaram que a perceção e o nível de *Burnout* estão correlacionados à perceção de *Sobrecarga* do cuidador formal.



Quanto maior o nível de *Burnout relacionado com o Utente*, maior a sobrecarga percecionada relativamente ao impacto direto, do ato de cuidar, no funcionamento diário do cuidador e interpessoal, resultante da prestação de cuidados e das dificuldades de comunicação. Por sua vez, quanto maior a perceção de *Burnout Pessoal* e de *Burnout relacionado com o Trabalho*, maior será a perceção do impacto que o ato de cuidar tem no cuidador formal. Sugere-se assim que o *Impacto da Prestação de Cuidados* é o fator mais representativo da relação entre a perceção de Sobrecarga e a perceção de *Burnout* (Margarido, 2016).

Seguidamente realizou-se uma análise do poder preditivo das dimensões de *Burnout* e Sobrecarga. Foi possível verificar que, quando controlada a variância de todas as variáveis em estudo, que a que mais contribuía para explicar a variância de *Burnout Pessoal* foi a variável associada à *Sobrecarga Total* do cuidador formal. Em seguida, surgem as dimensões de *Burnout* como as variáveis que melhor explicam a variância dos resultados de cada uma das dimensões (*Burnout Pessoal*, *Burnout relacionado com o Trabalho* e *Burnout relacionado com o Utente*). No entanto, os fatores, que formam a *Escala de Sobrecarga do Cuidador*, parecem explicar alguma da variância do *Burnout*, com exceção do fator *Expectativas com o Cuidar*. Reciprocamente, as variáveis associadas ao *Burnout* também tendem a explicar alguma da variância da sobrecarga associada à *Relação Interpessoal*, *Impacto da Prestação de Cuidados* e da *Sobrecarga Total* percecionada pelo cuidador formal. No entanto, não foram encontradas relações de preditividade no que diz respeito às dimensões de *Burnout* e a sobrecarga associada à *Perceção de Autoeficácia* e às *Expectativas com o Cuidar*.

Tal indica que maiores níveis de *Burnout* potenciam a perceção de Sobrecarga objetiva sentida pelos cuidadores formais, no que diz respeito ao impacto que o ato de cuidar tem no seu funcionamento diário, nas suas relações interpessoais e na perceção de autoestima do cuidador, face ao seu trabalho. No entanto, níveis elevados de *Sobrecarga* tendem a aumentar a probabilidade de o cuidador formal sofrer de níveis elevados de exaustão e fadiga, física e psicológica, associada à sua experiência pessoal.

Verificou-se que, quanto menor for a quantidade de anos de serviço na instituição, maior será a tendência dos cuidadores formais em percecionarem dificuldades de comunicação, e um maior impacto interpessoal da prestação de cuidados. Outras

investigações encontraram uma forte correlação entre uma menor quantidade de anos na instituição e níveis de Sobrecarga mais elevados (e.g., Zamora & Sánchez, 2008).

Neste estudo observou-se que a idade aparenta ser um preditor de sobrecarga associada ao impacto da prestação de cuidados e está correlacionada com dificuldades interpessoais derivadas do ato de cuidar. Verificou-se que os cuidadores formais mais novos parecem tender em perceber mais dificuldades interpessoais derivadas do ato de cuidar, o que vai ao encontro aos dados obtidos por Zamora e Sánchez (2008). Estes investigadores verificaram que a presença de Sobrecarga leve estava associada a indivíduos com menos de 30 anos de idade. Tal pode dever-se a uma maior dificuldade dos cuidadores mais novos em lidar com os stressores inerentes ao ato de cuidar (Wong, Lam, Chan, & Chan, 2012). No entanto, Vincent, Desrosiers, Landreville e Demers (2009), numa amostra de cuidadores informais de pacientes que tinham sofrido acidentes cardiovasculares, verificaram que os indivíduos mais velhos tinham uma maior tendência em perceber níveis mais elevados de sobrecarga. Não foram, no presente estudo, verificadas ligações entre a idade dos cuidadores formais e os níveis de *Burnout*, o que corrobora os resultados obtidos por Silva (2016). No entanto, a literatura tem verificado que existem diferenças significativas entre indivíduos mais velhos e mais novos, pelo que os cuidadores mais velhos tendem a experienciar níveis de *Burnout* mais baixos (e.g., Tam & Mong, 2005).

No que diz respeito aos níveis de escolaridade, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, no que diz respeito à experenciação de *Burnout* e Sobrecarga, o que vai de encontro aos resultados de estudos anteriores (e.g., Jenkins & Elliott, 2004). No entanto, o nível de escolaridade aparenta prever os níveis de sobrecarga associados às dificuldades de comunicação e à percepção de autoeficácia dos cuidadores formais. Ou seja, quanto mais elevado for o nível escolar do cuidador, menor será a percepção de sobrecarga nestes aspetos. A escolaridade também se apresentou como um preditor associado a níveis de sobrecarga mais elevados, relacionados com a percepção de autoeficácia face ao ato de cuidar. Outros estudos têm vindo a verificar que o nível educacional parece influenciar a percepção de sobrecarga (e.g., Vincent, Desrosiers, Landreville, & Demers, 2009; Wong, Lam, Chan, & Chan, 2012).

Os cuidadores formais do sexo feminino tendem a perceber maior *Sobrecarga Total*, e associada ao impacto que o ato de cuidar tem sobre as suas relações interpessoais, e aos medos e receios que lhe estão associados. O que vai de encontro aos dados de outros estudos, que consideram que ser-se um cuidador do sexo feminino pode ser um fator de risco para a sobrecarga associada ao ato de cuidar (Gallicchio, Siddiqi, Langenberg, & Baumgarten, 2002; Liang et al., 2017; Vincent, Desrosiers, Landreville, & Demers, 2009). Estudos mostram que os cuidadores do sexo feminino, tendem a providenciar mais cuidados do que os cuidadores masculinos, fazendo com que estejam mais suscetíveis ao desenvolvimento de perturbações psiquiátricas (e.g., depressão, ansiedade) (Yee & Schultz, 2000). Também se observou que ser-se um cuidador do sexo feminino é um preditor de níveis mais baixos de desenvolver *Burnout relacionado com o Trabalho*.

Os cuidadores formais solteiros e sem filhos, têm uma maior tendência para perceberem níveis mais elevados de sobrecarga, estes associados às dificuldades de comunicação e ao impacto que o ato de cuidar tem nas interações dos cuidadores formais. Estes resultados corroboram, parcialmente, a investigação realizada por Zamora e Sánchez (2008). Estes autores verificaram que cuidadores formais sem um companheiro (e.g., solteiro, divorciado, viúvo), mas com filhos, têm uma maior tendência a demonstrar níveis mais elevados de Sobrecarga e de *Burnout*. No entanto, não existe literatura suficiente que permita a explicação desta diferença de resultados.

Na observação das diferenças entre grupos, quanto à sua categorial profissional, verificou-se que os cuidadores com a ocupação de auxiliares de ação médica tendem a perceber níveis de Sobrecarga, associados aos medos e receios ligados ao ato de cuidar, mais elevados, em comparação com os outros técnicos. Uma justificação para este resultado pode estar no tipo de tarefas que estes cuidadores levam a cabo, em relação ao indivíduo dependente (e.g., higiene, alimentação, transporte), que têm tendência a acarretar níveis de Sobrecarga mais elevados (Canon & Novelli, 2012).

O desejo de mudar de profissão mostra-se associado a níveis mais elevados de exaustão e fadiga, física e psicológica, associados à interação com os utentes e ao trabalho dos cuidadores formais. A frequência de faltas, por sua vez, mostra-se preditora de níveis mais elevados de *Burnout* em todas as suas dimensões: *Burnout Pessoal*, *Burnout relacionado com o Utente* e *Burnout relacionado com o Trabalho*. A literatura tem vindo

a associar níveis elevados de *Burnout* com o absentismo e a falta de motivação, bem como à insatisfação com o seu trabalho (Cropanzano, Rupp, & Byrne, 2003; Schaufeli & Peeters, 2000) que, mais tarde, podem dar origem a situações de *Turnover* (Hayes et al., 2006).

No que diz respeito ao trabalho por turnos, verificou-se que não existem diferenças significativas entre os indivíduos que trabalham por turnos e aqueles que não trabalham por turnos. O mesmo resultado foi obtido para a carga horária de trabalho semanal, que aparenta não estar correlacionado nem ter influência sobre os níveis percebidos de *Burnout* e Sobrecarga. Barbosa, Leão, Tavares e Santos (2012) também verificaram não existir uma correlação significativa entre os níveis de *Burnout* e a carga horária de trabalho semanal. No entanto, Silva (2016), verificou que a percepção de *Burnout*, especialmente no que diz respeito ao *Burnout Pessoal* e ao *Burnout relacionado com o Trabalho*, é influenciada pela carga horária de trabalho semanal dos cuidadores formais. Lavery e Patrick (2007), por sua vez, verificaram que uma maior carga horária, de trabalho semanal, estava associada a exaustão emocional e à despersonalização. Outros estudos, como o de Stimpfel, Sloane e Aiken (2012), verificaram que o trabalho por turnos e a duração dos turnos estavam associados à probabilidade de aumento dos níveis de *Burnout*, insatisfação com o trabalho e a intenção de *turnover*. Estes autores também verificaram que a carga horária dos cuidadores formais estava associada à satisfação dos utentes com os cuidados recebidos.

## CAPÍTULO V - CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu constatar que o *Inventário de Burnout de Copenhagen* (IBC) e a *Escala de Sobrecarga do Cuidador* (ESC), são instrumentos que, globalmente, apresentam uma boa consistência interna. Ao correlacionar-se as dimensões que compõem o IBC e a ESC, verificou-se que estas se relacionam positivamente, indicando que o aumento dos níveis de *Burnout* (IBC) está associado a níveis mais elevados de Sobrecarga (ESC), e assim, demonstra a aplicabilidade da ESC ao cuidador formal.

Os cuidadores formais, desta amostra, tendem a perceber baixos níveis de *Burnout*. No entanto, os níveis mais elevados refletem uma fadiga e exaustão, física e psicológica, associada à sua profissão e à experiência pessoal dos cuidadores. Existe uma menor prevalência de *Burnout* associado ao trabalho direto com o utente. Em média, os cuidadores formais, percebem níveis de Sobrecarga ligeira. Apenas 27.0% dos participantes não experienciam qualquer Sobrecarga. Foi possível verificar que os níveis de sobrecarga mais elevados estão associados ao impacto do ato de cuidar, no funcionamento diário dos cuidadores e aos medos, e receios, relativos à prestação de cuidados. Interessantemente, o trabalho por turnos e o número de horas de trabalho não apresentaram quaisquer associações aos níveis de *Burnout* e/ou Sobrecarga. Sugere-se uma investigação mais aprofundada destas duas variáveis.

A partir da análise das relações entre *Burnout* e Sobrecarga, foi possível concluir que os níveis de *Burnout* mais elevados são bons indicadores da percepção de Sobrecarga, e vice-versa. Em termos de indicadores sociodemográficos de *Burnout*, verifica-se que cuidadores do sexo masculino, que falem com maior frequência, e/ou desejem mudar de profissão, tendem em ter uma maior percepção de *Burnout*. Quanto à percepção de Sobrecarga, foram encontrados mais indicadores sociodemográficos, entre os quais: cuidadores com menos de 43 anos, com níveis de escolaridade mais elevados, pertençam ao sexo feminino, que sejam solteiros, sem filhos, tenham o cargo de auxiliar de ação médica, e/ou tenham mais anos de serviço na instituição.

Com base nos resultados obtidos, sugere-se uma maior oferta, por parte da instituição empregadora, de formações específicas, e adaptadas às funções e necessidades dos seus colaboradores. Mais de metade da amostra deste estudo demonstra níveis de escolaridade inferiores ao ensino superior, o que aparenta estar a afetar o bem-estar dos

cuidadores e a qualidade do cuidado prestado. Assim, a disponibilização de formação direcionada poderia aumentar a percepção de autoeficácia destes profissionais e, consequentemente, o seu bem-estar. Seria interessante criar um programa de promoção do desenvolvimento de estratégias de *coping*, direcionado aos cuidadores, que lhes permita lidar, de forma mais adequada, com os *stressores* associados ao ato de cuidar. Sugere-se, também, a realização de estudos que avaliem as estratégias de confronto a que os cuidadores recorrem face aos obstáculos encontrados na prestação de cuidados, de modo a perceber-se quais mostram ser as mais adequadas e que mais ajudam na prevenção do *Burnout* e da Sobrecarga.

Uma limitação importante está ligada ao tamanho da amostra, considerada de pequena dimensão e não representativa da população geral de cuidadores formais de idosos em Portugal. Os resultados obtidos, e as subsequentes conclusões, dizem respeito apenas aos cuidadores formais das instituições que participaram neste estudo. Seguidamente, encontram-se as limitações associadas à metodologia de recolha e análise de dados. Tendo-se recorrido apenas a instrumentos de autorrelato, e dada a disponibilidade limitada dos cuidadores formais no momento do preenchimento dos instrumentos, e às possíveis dificuldades de compreensão dos itens dos instrumentos, tendo em conta a relativamente baixa escolaridade da amostra, é possível que as respostas dos profissionais não sejam representativas da realidade dos próprios. Coloca-se, também, a possibilidade de se terem dado situações de *desejabilidade social* no preenchimento dos instrumentos. Outra limitação, desta metodologia, encontra-se na impossibilidade de se recorrer a uma metodologia mista, que permitisse desenvolver um conhecimento mais aprofundado e diferenciado das dificuldades dos cuidadores formais. Outra limitação debate-se com a dificuldade de se encontrar literatura sobre Sobrecarga em cuidadores formais, pelo que a maioria das investigações realizadas se dirigem ao impacto do ato de cuidar nos cuidadores informais. Consequentemente, a literatura que aborda, simultaneamente, *Burnout* e Sobrecarga, também é muito vaga.

Apesar das limitações listadas, esta investigação enfatiza a exigência inerente às funções de um cuidador formal. O presente estudo contribui para um conhecimento mais aprofundado da realidade e das necessidades dos cuidadores formais de idosos, avaliando a percepção que estes têm do seu bem-estar, investigando sobre os fatores estimuladores de sintomas associados à exaustão e fadiga, física e psicológica, e à sobrecarga derivada

das funções que realizam. Outro contributo está no desenvolvimento do estudo dos instrumentos utilizados para avaliar o *Burnout* e a Sobrecarga desta população. Com o crescente envelhecimento da população, também cresce a necessidade de cuidados cada vez mais especializados para se garantir a qualidade de vida dos idosos. Para tal, também é necessário apostar e potenciar a saúde e qualidade de vida dos profissionais encarregues da prestação de cuidados. Assim, espera-se que esta investigação dê luz à importância do estudo dos efeitos negativos das funções exercidas pelos cuidadores formais, das necessidades destes profissionais, e de como a saúde destes pode afetar o seu trabalho e os indivíduos alvos de cuidados.





## Referências bibliográficas

- Acker, G. M. (2003). Role conflict and ambiguity: Do they predict burnout among mental health service providers?. *Social Work in Mental Health*, 1(3), 63-80.
- Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. *Jama*, 311(10), 1052-1060.
- Ager, A. (2002). 'Quality of Life' Assessment in Critical Context. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(4), 369-376.
- Alexopoulos, E. C., Burdorf, A., & Kalokerinou, A. (2003). Risk factors for musculoskeletal disorders among nursing personnel in Greek hospitals. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 76(4), 289-294.
- Aylward, S., Stolee, P., Keat, N., & Johncox, V. (2003). Effectiveness of Continuing Education in Long-Term Care: A Literature Review. *The Gerontologist*, 43(2), 259-271.
- Barbosa, F. T., Leão, B. A., Tavares, G. M. S., & Santos, J. G. R. P. D. (2012). Burnout syndrome and weekly workload of on-call physicians: cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*, 130(5), 282-288.
- Beer, C. D., Horner, B., Almeida, O. P., Scherer, S., Lautenschlager, N. T., Bretland, N., ... & Flicker, L. (2010). Dementia in residential care: education intervention trial (DIRECT); protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 11(1), 63.
- Bevans, M., & Sternberg, E. M. (2012). Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *Jama*, 307(4), 398-403.
- Born, T. (2006). A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação. In *Seminário Velhice Fragilizada*.
- Borritz, M., & Kristensen, T. (2004). Normative data from a representative Danish population on Personal Burnout and Results from the PUMA study. Personal Burnout, Work Burnout and Client Burnout. *Report from National Institute of Occupational Health, Copenhagen*.

Bowling, A. (2001). Health-Related Quality of Life: Conceptual Meaning, Use and Measurement. In *Measuring disease: a review of disease specific quality of life measurement scales*. Philadelphia: Open University Press.

Brodaty, H., Draper, B., & Low, L. F. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 583-590.

Bruvik, F. K., Ulstein, I. D., Ranhoff, A. H., & Engedal, K. (2012). The quality of life of people with dementia and their family carers. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 34(1), 7-14.

Caçote, C. M., & Faria, L. D. C. (2016). Vulnerabilidade ao stresse e qualidade de vida nos cuidadores formais. *Psique*, 49-62.

Canon, M. B. F., & Novelli, M. M. P. C. (2012). Identificação dos sintomas comportamentais e psicológicos em idosos moradores de uma instituição de longa permanência. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 23(1), 72-80.

Cardiga, C. S. S. (2014). *Qualidade de vida relacionada com níveis de sobrecarga, sintomas psicopatológicos e estratégias de coping de cuidadores de idosos: estudo exploratório com cuidadores formais e informais*. (Dissertação de Mestrado da Universidade de Lisboa).

Carleto, D.G.S., Souza, A.C., Silva, M., Cruz, D.M.C., & Andrade, V.S. (2010). Estrutura e Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo. *Uberaba (MG): Revista Triangular: Ensino, Pesquisa e Extensão*, 3(2), 57-147.

Carneiro, B. G., Pires, E. D. O., Filho, A. D. D., & Guimarães, É. A. (2009). Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. *ConScientiae Saúde*, 8(1), 75-82.

Carr, A. J., Gibson, B., & Robinson, P. G. (2001). Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience?. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7296), 1240-1243.

- Cerrato, I. M., de Trocóniz, M. I. F., & López, A. L. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248.
- Coen, R. F., Swanwick, G. R., O'Boyle, C. A., & Coakley, D. (1997). Behaviour disturbance and other predictors of carer burden in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3), 331-336.
- Coleman, P. G., & O'Hanlon, A. (2008). Ageing and adaptation. In R. Woods & L. Clare (Eds.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (2<sup>a</sup> Ed.) (pp. 17-32). West Sussex, England: Wiley.
- Colomé, I. C. D. S., de Marqui, A. B. T., Jahn, A. D. C., Resta, D. G., De Carli, R., Winck, M. T., & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(2), 306-312.
- Córdoba, A. M. C., & Aparicio, M. J. G. (2014). Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento Psicológico*, 12(1), 149-167.
- Cropanzano, R., Rupp, D. E., & Byrne, Z. S. (2003). The relationship of emotional exhaustion to work attitudes, job performance, and organizational citizenship behaviors. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 160-169.
- Dahlrup, B., Ekström, H., Nordell, E., & Elmståhl, S. (2015). Coping as a caregiver: A question of strain and its consequences on life satisfaction and health-related quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(2), 261-270.
- Dalton, D. S., Cruickshanks, K. J., Klein, B. E., Klein, R., Wiley, T. L., & Nondahl, D. M. (2003). The Impact of Hearing Loss on Quality of Life in Older Adults. *The Gerontologist*, 43(5), 661-668.
- Davey, A., Femia, E. E., Zarit, S. H., Shea, D. G., Sundström, G., Berg, S., ... & Savla, J. (2005). Life on the edge: patterns of formal and informal help to older adults in the United States and Sweden. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(5), S281-S288.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The Job Demands-Resources Model of Burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.

- Edvardsson, D., Sandman, P. O., Nay, R., & Karlsson, S. (2008). Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *International Psychogeriatrics*, 20(4), 764-776.
- Efficace, F., & Marrone, R. (2002). Spiritual Issues and Quality of Life Assessment in Cancer Care. *Death Studies*, 26(9), 743-756.
- Engström, M., Skytt, B., & Nilsson, A. (2011). Working life and stress symptoms among caregivers in elderly care with formal and no formal competence. *Journal of Nursing Management*, 19(6), 732-741.
- Enzmann, D., Schaufeli, W. B., Janssen, P., & Rozeman, A. (1998). Dimensionality and validity of the Burnout Measure. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71(4), 331-351.
- Estella, F. G., Díaz, J. A., Alonso, J. B., Garzón, P. C., Camacho, A. F., Sendín, J. R., ... & Camino, J. S. (2002). Síndrome de Burn-out en el médico general. *Medicina General*, 43, 278-283.
- Evers, W., Tomic, W., & Brouwers, A. (2001). Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(4), 439-454.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive ageing. Objective, subjective, and combined outcomes. *Sensoria: A Journal of Mind, Brain & Culture*, 7(1), 22-30.
- Fernández-Ballesteros, R., Robine, J. M., Walker, A., & Kalache, A. (2013). Active aging: a global goal. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2013, 1-4.
- Ferrans, C. (1990). Quality of Life: Conceptual Issues. *Seminars in Oncology Nurses*, 6(4), 248-254.
- Ferreira, P. L. (1998). *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I: Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13(1-2), 55-66.

Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 163-171.

Figueiredo, D., Guerra, S., Marques, A., & Sousa, L. (2012). Apoio psicoeducativo a cuidadores familiares e formais de pessoas idosas com demência. *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*. ISSN 2176-901X, 15(1), 31-55.

Fleck, M. P. D. A., Leal, O. M. F., Louzada, S. N., Xavier, M. K., Chachamovich, E., Vieira, G. M., ... & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28.

Fonte, C. M. S. D. (2011). *Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*. (Dissertação de Mestrado da Universidade de Coimbra).

Fragoso, V. (2008). Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. *IGT na Rede*, 5(8).

Frias, C. M., Tuokko, H., & Rosenberg, T. (2005). Caregiver physical and mental health predicts reactions to caregiving. *Aging & Mental Health*, 9(4), 331-336.

Fujiwara, K., Tsukishima, E., Tsutsumi, A., Kawakami, N., & Kishi, R. (2003). Interpersonal Conflict, Social Support, and Burnout among Home Care Workers in Japan. *Journal of Occupational Health*, 45(5), 313-320.

Gaioli, C. C. L. D. O., Furegato, A. R. F., & Santos, J. L. F. (2012). Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(1), 150-157.

Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P., & Baumgarten, M. (2002). Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(2), 154-163.

Garbin, C. A. S., Sumida, D. H., Moimaz, S. A. S., Prado, R. L. D., & Silva, M. M. D. (2010). O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2941-2949.

Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1(1), 19-33.

Given, B. A., Sherwood, P., & Given, C. W. (2011). Support for caregivers of cancer patients: transition after active treatment. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 20(10), 2015-2021.

Glazer, S., & Kruse, B. (2008). The Role of Organizational Commitment in Occupational Stress Models. *International Journal of Stress Management*, 15(4), 329.

Gonçalves, C. (2003). As pessoas idosas nas famílias institucionais segundo os Censos. *Revista de Estudos Demográficos*, 34 (4), 41-60.

Gonçalves-Pereira, M., & Zarit, S. H. (2014). The Zarit Burden Interview in Portugal: Validity and Recommendations in Dementia and Palliative Care. *Acta Médica Portuguesa*, 27(2), 163-165.

Gregório, J. M. (2015). *Qualidade de vida, estratégias de coping, burnout, sobregarga e sintomas psicopatológicos numa amostra de cuidadores formais* (Dissertação de Mestrado da Universidade de Lisboa).

Haas, B. K. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(3), 215-220.

Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., ... & Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237-263.

Hayflick, L. (2007). Biological aging is no longer an unsolved problem. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1100(1), 1-13.

Hooker, K., Bowman, S. R., Coehlo, D. P., Lim, S. R., Kaye, J., Guariglia, R., & Li, F. (2002). Behavioral Change In Persons With Dementia: Relationships With Mental And Physical Health Of Caregivers. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(5), P453-P460.

Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. (I. P. Instituto Nacional de Estatística, Ed.). Lisboa.

- Jackson, S. E., & Schuler, R. S. (1983). Preventing Employee Burnout. *Personnel*, 60(2), 58-68.
- Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48(6), 622-631.
- Josefsson, K., Sonde, L., & Wahlin, T. B. R. (2007). Registered nurses' education and their views on competence development in municipal elderly care in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 245-258.
- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2003). Quality of life in palliative care: principles and practice. *Palliative Medicine*, 17(1), 11-20.
- Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 861-866.
- Kasuya, R. T., Polgar-Bailey, M. P., & Takeuchi, R. (2000). Caregiver burden and burnout a guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine*, 108(7), 119-123.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192-207.
- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., & Shamian, J. (2001). Promoting nurses' health: Effect of empowerment on job strain and work satisfaction. *Nursing Economics*, 19(2), 42-52.
- Lavery, J. F., & Patrick, K. (2007). Burnout in nursing. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 43-48.
- Lezaun, J. Y. (2006). Calidad de vida relacionada con la salud. In *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional* (No. 11002) (pp. 107-128). Madrid: IMSERSO.
- Liang, Y. D., Wang, Y. L., Li, Z., He, L., Xu, Y., Zhang, Q., ... & Mi, X. H. (2017). Caregiving burden and depression in paid caregivers of hospitalized patients: a pilot study in China. *BMC Public Health*, 18(1), 53.
- Lima-Costa, M. F., & Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 700-701.

- Lopes, R A., Mitre, N. C. D., Coelho, M. A. G. M., & de Queiroz, B. Z. (2012). Perfil dos cuidadores das instituições de longa permanência para idosos de Itaúna-MG. *ConScientiae Saúde*, 11(2), 338-344.
- Lyons, K. S., & Zarit, S. H. (1999). Formal and Informal Support: The Great Divide. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(3), 183-192.
- Machado, A. G., & Merlo, Á. R. C. (2008). Cuidadores: seus amores e suas dores. *Psicologia & Sociedade*, 20(3), 444-452.
- Mackenzie, C. S., Smith, M. C., Hasher, L., Leach, L., & Behl, P. (2007). Cognitive Functioning Under Stress: Evidence from Informal Caregivers of Palliative Patients. *Journal of Palliative Medicine*, 10(3), 749-758.
- Maffioletti, V. L. R., Loyola, C. M. D., & Nigri, F. (2006). Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 1085-1092.
- Margarido, A. C. P. (2016). *O Cuidador Formal de Idosos: Vivência, Experiência de Burnout e Sobrecarga no Desempenho da Profissão*. (Dissertação de Mestrado da Universidade de Lisboa)
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 37-43.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Miguel, M. E. G. B., Pinto, M. E. B., & Marcon, S. S. (2007). A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(3), 784 – 795.
- Miyamoto, Y., Tachimori, H., & Ito, H. (2010). Formal caregiver burden in dementia: impact of behavioral and psychological symptoms of dementia and activities of daily living. *Geriatric Nursing*, 31(4), 246-253.



- Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. *National Council on Family Relations*, 34(1), 19-26.
- Moons, P., Budts, W., & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43(7), 891-901.
- Oliveira, M. A., Queirós, C., & Guerra, M. P. (2007). O conceito de cuidador analisado numa perspectiva autopoietica: do caos à autopoiese. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 181-196.
- Onwumere, J., Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Fowler, D., Freeman, D., ... & Garety, P. (2008). Caregiving and illness beliefs in the course of psychotic illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(7), 460-468.
- Özçakar, N., Kartal, M., Dirik, G., Tekin, N., & Güldal, D. (2012). Burnout and relevant factors in nursing staff: what affects the staff working in an elderly nursing home?. *Turkish Journal of Geriatrics*, 15(3), 266-272.
- Paiva, V. M. B. (1986). A velhice como fase do desenvolvimento humano. *Revista de Psicologia*, 4(1), 15-23.
- Pallant, J. (2011). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (4th ed.). Australia: Allen & Unwin.
- Paulin, G. S. T. (2011). *Os sentidos do envelhecer na preparação de cuidadores formais de idosos: uma estratégia de promoção de saúde* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo).
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-297.
- Rai, G. S. (2010). Burnout Among Long-Term Care Staff. *Administration in Social Work*, 34(3), 225-240.

Ribeiro, M. T. D. F., Ferreira, R. C., de Magalhães, C. S., Moreira, A. N., & Ferreira e Ferreira, E. (2009). Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 870- 875.

Rodrigues, J. D. S. J. (2015). *Qualidade de vida, sobrecarga, burnout e estratégias de confronto em cuidadores formais de pessoas com experiência de doença mental que vivem em residências comunitárias* (Dissertação de Mestrado da Universidade de Lisboa).

Rohleder, N., Marin, T. J., Ma, R., & Miller, G. E. (2009). Biologic Cost of Caring for a Cancer Patient: Dysregulation of Pro- and Anti-Inflammatory Signaling Pathways. *Journal of Clinical Oncology*, 27(18), 2909-2915.

Rosa, E., Lussignoli, G., Sabbatini, F., Chiappa, A., Di Cesare, S., Lamanna, L., ... & Zanetti, O. (2008). The Immigrant paid caregivers' role in the care of patients with severe dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 331-333.

Rotstein, Z., Barak, Y., Noy, S., & Achiron, A. (2000). Quality of life in multiple sclerosis: development and validation of the 'RAYS' Scale and comparison with the SF-36. *International Journal for Quality in Health Care*, 12(6), 511-517.

Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of Life Research*, 12(1), 33-41.

Scazufca, M. (2002). Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 12-17.

Schalock, R. L., Bonham, G. S., & Verdugo, M. A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31(2), 181-190.

Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health*, 16(5), 501-510.

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220.

- Schaufeli, W. B., & Peeters, M. C. (2000). Job stress and burnout among correctional officers: A literature review. *International Journal of Stress Management*, 7(1), 19-48.
- Schweitzer, R., Kelly, B., Foran, A., Terry, D., & Whiting, J. (1995). Quality of Life in Chronic Fatigue Syndrome. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1367-1372.
- Sequeira, C. A. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista de Enfermagem*, 2(12), 9-16.
- Serviço Nacional de Saúde. (abril, 2016). Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019. Retirado de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/04/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>
- Settineri, S., Rizzo, A., Liotta, M., & Mento, C. (2014). Caregiver's Burden and Quality of Life: Caring for Physical and Mental Illness. *International Journal of Psychological Research*, 7(1), 30-39.
- Severo, M., Santos, A. C., Lopes, C., & Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 19(4), 281-288.
- Shinan-Altman, S., & Cohen, M. (2009). Nursing Aides' Attitudes to Elder Abuse in Nursing Homes: The Effect of Work Stressors and Burnout. *The Gerontologist*, 49(5), 674-684.
- Silva, J. M. F. (2016). *Burnout em Cuidadores Formais* (Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa).
- Silva, M. P., & da Silva Falcão, D. V. (2014). Cuidar de idosos numa ILPI na perspectiva de cuidadoras formais. *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*. ISSN 2176-901X, 17(3), 111-131.
- Smith, B., Kerse, N., & Parsons, M. (2005). Quality of residential care for older people: does education for healthcare assistants make a difference?. *The New Zealand Medical Journal*, 118(1214), 1-11.

Smith, G. D., Watson, R., Roger, D., McRorie, E., Hurst, N., Luman, W., & Palmer, K. R. (2002). Impact of a nurse-led counselling service on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Advanced Nursing*, 38(2), 152-160.

Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Affairs*, 31(11), 2501-2509.

Tam, T. S., & Mong, L. P. (2005). Job stress, perceived inequity and burnout among school social workers in Hong Kong. *International Social Work*, 48(4), 467-483.

The WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

Thun, E., Bjorvatn, B., Torsheim, T., Moen, B. E., Magerøy, N., & Pallesen, S. (2014). Night work and symptoms of anxiety and depression among nurses: A longitudinal study. *Work & Stress*, 28(4), 376-386.

Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Barrett, L. T. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1161-1190.

Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 358-365.

Vedel, I., Ghadi, V., Lapointe, L., Routelous, C., Aegerter, P., & Guirimand, F. (2014). Patients', family caregivers', and professionals' perspectives on quality of palliative care: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(9), 1128-1138.

Verdugo, M. A., Navas, P., Gómez, L. E., & Schalock, R. L. (2012). The concept of quality of life and its role in enhancing human rights in the field of intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(11), 1036-1045.

Vicente, M. C., & Delgado, Á. A. (2009). Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Antropología Experimental*, 9(9), 119-136.

Vincent, C., Desrosiers, J., Landreville, P., & Demers, L. (2009). Burden of caregivers of people with stroke: evolution and predictors. *Cerebrovascular Diseases*, 27(5), 456-464.

Ware Jr, J. E. (1987). Standards for Validating Health Measures: Definition and Content. *Journal of Chronic Diseases*, 40(6), 473-480.

Ware Jr, J. E. (2000). SF-36 Health Survey Update. *Spine*, 25(24), 3130-3139.

Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Wikman, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2011). Quality of Life and Affective Well-Being in Middle-Aged and Older People with Chronic Medical Illnesses: A Cross-Sectional Population Based Study. *PLoS One*, 6(4), e18952.

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273(1), 59-65.

Wong, D. F. K., Lam, A. Y. K., Chan, S. K., & Chan, S. F. (2012). Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 15.

World Health Organization. (1958). *Organization, constitution of the World Health Organization*, Annex 1. In 10 years of WHO. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde* (S. Gintijo, Trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. (Obra original publicada em 2002). Retirado de : [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)

World Health Organization. (2015). Health in older age. In *World report on Ageing and Health* (pp. 43-85). Luxemburgo: WHO Library Cataloguing. Retirado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1)

World Health Organization. (abril, 2016). Mental health and older adults. Retirado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

Wu, S. Y., Li, H. Y., Tian, J., Zhu, W., Li, J., & Wang, X. R. (2011). Health-related Quality of Life and Its Main Related Factors among Nurses in China. *Industrial Health*, 49(2), 158-165.

Yee, J. L., & Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist*, 40(2), 147-164.

Zamora, Z. E. H., & Sánchez, Y. E. (2008). Percepción de sobrecarga y nivel de burnout en cuidadores formales del adulto mayor institucionalizado. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 13(1), 127-142.

Zuidema, S. U., Derksen, E., Verhey, F. R., & Koopmans, R. T. (2007). Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(7), 632-638.

## **ANEXOS**

### **ANEXO I - Questionário Sociodemográfico**

**QSD – Cuidador Formal**

**CÓDIGO** \_\_\_\_\_

**Segue-se um conjunto de questões, às quais lhe solicito que responda com a maior precisão possível.**

1. Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

2. Idade: \_\_\_\_ (anos)

3. Escolaridade:

a. Sem qualquer escolaridade formal \_\_\_\_

b. 1º - 4º Ano \_\_\_\_

c. 5º - 6º Ano \_\_\_\_

d. 7º - 9º Ano \_\_\_\_

e. 10º - 12º Ano \_\_\_\_

f. Ensino Superior \_\_\_\_

4. Estado Civil:

a. Solteiro(a) \_\_\_\_

b. Casado(a) \_\_\_\_

c. Divorciado(a) \_\_\_\_

d. Viúvo(a) \_\_\_\_

e. União de facto \_\_\_\_

f. Separado(a)

5. Tem filhos?

a. Não \_\_\_\_

b. Sim \_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_

6. Tem outros dependentes?

a. Não \_\_\_\_

b. Sim \_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_

Quem? \_\_\_\_\_

7. Local de residência:

a. Rural \_\_\_\_

b. Urbano \_\_\_\_

8. Categoria Profissional \_\_\_\_\_

9. Funções desempenhadas na Instituição: \_\_\_\_\_

10. Anos de serviço nesta instituição (ou noutra, com funções semelhantes) \_\_\_\_

11. Quantas horas trabalha por semana? \_\_\_\_

12. Trabalha por turnos?

a. Sim \_\_\_\_

b. Não \_\_\_\_

13. No último ano faltou ao serviço?

a. Nunca/raramente \_\_\_\_

b. Algumas vezes \_\_\_\_

c. Bastantes vezes \_\_\_\_

14. Se pudesse, mudaria de profissão?

a. Sim \_\_\_\_

b. Não \_\_\_\_



**ANEXO II - *Inventário de Burnout de Copenhagen (IBC)* – em CD**

### **ANEXO III - Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) – em CD**

**ANEXO IV - *Questionário do Estado de Saúde (Medical Outcomes Study Short Form***  
**– SF-36, v.2) – em CD**

## **ANEXO V - Protocolo de consentimento informado**

### **Consentimento Informado do Cuidador**

Código: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de \_\_\_\_\_ (estudante da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique (Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença.

Foi-me explicado e compreendo os principais objetivos deste estudo:

1. Avaliar a perceção do cuidador sobre a qualidade de vida dos idosos a quem presta cuidados e sobre a sua própria qualidade de vida;

**2. Avaliar a sobrecarga a que o cuidador está submetido devido à prestação de cuidados;**

**3. Avaliar a influência de variáveis sociodemográficas na perceção da sua qualidade de vida, da sobrecarga sentida e na perceção da qualidade de vida dos idosos a quem presta cuidado.**

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

1. Responder a uma ficha de caracterização sociodemográfica
2. Responder a um conjunto de questionários sobre a minha perceção acerca da qualidade de vida dos idosos a quem presto cuidados, acerca da perceção da minha qualidade de vida e da sobrecarga sentida.

Outras observações:

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, a menos que eu autorize.

Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento de investigação em Psicologia Clínica na área da qualidade de vida e do *burnout* do cuidador formal, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha colaboração.

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Se tiver alguma dúvida por favor contacte para:

Débora Costa:

[debora20\\_costa@hotmail.com](mailto:debora20_costa@hotmail.com)

961055999

Fernando Fradique:

[ffradique@psicologia.ulisboa.pt](mailto:ffradique@psicologia.ulisboa.pt)

939332103